

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 7 décembre 1844,

Par PHILIPPE-AUGUSTE VINSON,

de l'île Bourbon,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ancien Élève des hôpitaux de Paris.

DE LA HERNIE SOUS-PUBIENNE (HERNIE OBTURATRICE).

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis.*

1844

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD aîné.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN, Président.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. AUGUSTE BÉRARD.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH, Examinateur.
BEAU.
BÉCLARD.
BEHIER.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DENONVILLIERS.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
L. FLEURY.
J.-V. GERDY.
GIRALDÈS.

MM. GOSSELIN.
GRISOLLE.
MAISSIAT.
MARCHAL.
MARTINS.
MIALHE.
MONNERET, Examinateur.
NÉLATON.
NONAT.
SESTIER.
A. TARDIEU.
VOILLEMIER.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. RAYER,

Membre de l'Institut (Académie des Sciences) et de l'Académie royale de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur,
Médecin de l'hôpital de la Charité, Médecin consultant du Roi, etc.

Comme un témoignage de profond respect, d'affection et de reconnaissance pour les bontés dont il m'a comblé.

Son élève dévoué,

P.-A. VINSON.

A M. CHARLES GAUDICHAUD,

Membre de l'Institut (Académie des Sciences),
Chevalier de la Légion d'honneur,
Correspondant de l'Académie royale de Médecine de Paris,
de l'Académie royale des Sciences de Berlin,
Pharmacien-professeur de la Marine royale, etc. etc.

AU PLUS ANCIEN AMI DE MON PÈRE.

Je me souviendrai toujours de vos bontés pour moi et des conseils éclairés de votre bienveillante et paternelle amitié.

P.-A. VINSON.

A MON EXCELLENT PÈRE,

ancien Chirurgien de la Marine royale.

A MA MÈRE CHÉRIE.

P.-A. VINSON.

Depuis Garengeot, qui consacra la dernière partie d'un mémoire remarquable *sur plusieurs hernies singulières* à celle qui se forme par le canal sous-pubien, aucun travail d'une certaine étendue n'a été publié en France sur ce sujet.

M. Rayer, dont la protection éclairée m'a été si utile durant mes études médicales, a bien voulu me diriger encore dans le choix du sujet de ma dissertation inaugurale. A l'occasion d'un exemple remarquable de hernie par le canal sous-pubien qui s'était offert dans son service à l'hôpital de la Charité, ce médecin célèbre avait fait quelques recherches sur cette espèce de hernie et avait projeté de fixer sur elle l'attention des médecins; car, plus souvent peut-être que les chirurgiens, ils sont appelés à donner les premiers soins aux malades atteints de hernie obturatrice. M. Rayer a mis à ma disposition l'observation détaillée de ce cas de hernie obturatrice, ainsi que plusieurs dessins représentant les dispositions anatomiques des parties affectées. Il a bien voulu aussi, dans ce travail, me tenir lieu de conseil et de guide. On sait toute la sollicitude de M. Rayer pour ses élèves, le soin qu'il met à leur indiquer des sujets d'études intéressants. Admis à ses doctes entre-

tiens et du nombre de ceux sur lesquels s'est portée particulièrement sa bienveillance, je conserverai de ses bontés un éternel souvenir.

Je prie aussi M. Manec, qui a bien voulu me communiquer une observation inédite de hernie sous-pubienne, recueillie dans son service à la Salpêtrière, de recevoir ici tous mes remercîments.

Afin de rendre mon travail plus complet, j'ai lithographié moi-même avec soin les planches qui représentent la disposition des parties dans plusieurs cas de hernie par le canal sous-pubien.

DE LA

HERNIE SOUS-PUBIENNE

(HERNIE OBTURATRICE).

DÉFINITION ET SYNONYMIE.

La sortie d'une portion de l'intestin, de l'épiploon ou de quelqu'autre viscère de l'abdomen, à travers le canal sous-pubien, porte le nom de *hernie sous-pubienne*, et plus communément celui de *hernie obturatrice*.

Garengeot décrit cette espèce de hernie sous le titre de *hernie ovalaire*, d'après une des dénominations employées pour désigner l'ouverture aux dépens de laquelle est formé le canal par lequel cette hernie se produit. Plusieurs auteurs ont adopté cette dénomination : *hernia ovalis* (Eschenbach), *hernia per foramen ovale* (Günz), *hernia ovalaris* (Klinkosch), *hernia foraminis ovalis* (Rust); de là aussi les noms de *hernie du trou ovale, hernie du trou ovalaire.* D'autres auteurs, et plus particulièrement dans ces temps derniers, ont préféré et avec raison la dénomination de *hernie sous-pubienne* (A. Bérard), cette espèce de hernie se faisant par le canal sous-pubien et non par le trou ovale proprement dit.

On sait que les auteurs anglais désignent le *trou ovale* sous le nom de *thyroïde,* à cause de sa forme qui ressemble à celle des anciens boucliers : aussi désignent-ils cette espèce de hernie sous le nom de *hernia thyroïdeal,* qui n'est usité ni en France ni en Allemagne. C'est

sous ce titre qu'Astley Cooper rapporte le cas qu'il observa. Frantz en a publié également un sous le titre de *hernia through the foramen thyroïdeum*. Rust remarque avec raison que cette dénomination pouvant être confondue avec celle de *thyrocèle*, appliquée à une autre affection, il serait à désirer qu'on n'en fît point usage. Enfin, Hesselbach a décrit la hernie obturatrice sous le nom de *hernia iliaca anterior*. J'ai adopté le nom de *hernie sous-pubienne*, quoique moins usité que celui de *hernie obturatrice*, parce que le premier n'est sujet à aucune équivoque, et parce qu'en définitive le *canal sous-pubien* par lequel se fait la hernie est tout autre chose que le trou ovale ou le trou obturateur.

I.

HISTORIQUE.

Les anciens ne parlent pas de la hernie sous-pubienne. On comprendra leur silence, si on réfléchit aux difficultés qu'offre le diagnostic de cette espèce de hernie, dont les symptômes généraux ont tant d'analogie avec ceux de quelques autres maladies, et notamment avec ceux de l'étranglement interne de l'intestin. D'ailleurs la démonstration de la possibilité de cette espèce de hernie a été retardée par les obstacles apportés aux autopsies cadavériques, et qui ont entravé si longtemps les progrès de l'anatomie pathologique et de la chirurgie. Il faut arriver bien près de nous pour trouver le premier exemple authentique de cette espèce de hernie, dont quelques cas auront dû se présenter antérieurement. « Nec dubium superest ullum, quin eædem « (herniæ) sæculis etiam præteritis singulis adfuerint licet auctores « chirurgici, Garengeotum ætate præcedentes, de eadem taceant » (1).

---

(1) Eschenbach, *Observata anatomico-chirurgico-medica rariora* ; Rostochii, p. 268 : *Hernia ovalis*.

Arnaud de Ronsil, chirurgien français du siècle dernier, serait, suivant Garengeot, le premier qui aurait observé la *hernie obturatrice.* « Je me ressouvins, dit-il, alors de deux cas de hernie par le *trou ovalaire,* dont feu M. Arnaud de Ronsil m'avait fait un court récit il y environ vingt et un ans... » Ailleurs il ajoute : « Les deux premières hernies de cette espèce dont j'ai eu connaissance sont celles que j'ai attribuées à feu M. Arnaud » (1). Nous devons à Garengeot la communication que lui en fit le célèbre chirurgien que nous venons de nommer ; mais les deux exemples d'Arnaud n'avaient été vus par lui que sur le vivant, et ils pouvaient paraître douteux : ils ne furent connus qu'après sa mort et seraient certainement restés dans l'oubli, si Garengeot n'eût eu occasion de les rappeler vingt et un ans après. Nous verrons plus loin que, tirant parti du silence d'Arnaud, Günz réclama plus tard en faveur de Lemaire la priorité d'observation de la hernie obturatrice.

Deux ans environ après l'époque où Arnaud de Ronsil avait fait part de ses deux observations, Duverney rencontra un double exemple de hernie obturatrice dans un même bassin sur le cadavre d'une femme qui servait à ses dissections. « J'entendis ensuite, dit Garengeot, parler de deux hernies par le trou ovalaire, dont M. Duverney communiqua l'observation à l'Académie des sciences, il y a douze ou quinze ans, et que je rappelle ici, parce qu'elle n'a pas été imprimée. » Il trouva dans un même bassin d'une femme qu'il disséquait deux portions d'intestin qui avaient enfoncé le péritoine aux parties supérieures des deux trous ovalaires et avaient formé deux tumeurs, chacune de la grosseur d'un œuf, entre les têtes antérieurs des muscles *triceps* de chaque côté; et comme ces tumeurs intestinales n'étaient pas encore assez avancées pour faire prononcer une éminence à la graisse et à la peau

---

(1) Garengeot, *Mémoire sur plusieurs hernies singulières* (*Mémoires de l'Acad. roy. de chirur.*, t. 1, p. 709).

qui les recouvraient, on n'apercevait aucune saillie au dehors (1). C'est à dater de cette époque que la hernie par le trou obturateur prit véritablement place dans la science; car ce célèbre anatomiste présenta ses pièces à l'Académie des sciences; et quoique ce fait ne fût conservé que par tradition, qu'il ne fût ni publié, ni imprimé, jusqu'à Garengeot qui le rappelle, son authenticité et sa valeur scientifiques ne peuvent être révoquées en doute.

En 1733, un fait remarquable vint offrir à Garengeot l'occasion de rappeler les deux cas que lui avait communiqués Arnaud de Ronsil, et celui dont Duverney avait montré la dissection devant l'Académie. Garengeot, se trouvant en Normandie dans le cours de l'année dont nous parlons, fut mandé par une femme qu'il avait délivrée quatre jours auparavant, et sur laquelle il observa une hernie qui s'était produite par le trou obturateur, à la suite d'une chute que la malade fit rudement sur les fesses en descendant précipitamment trois ou quatre marches d'un escalier. Garengeot ne la vit que trois jours après l'accident: l'étranglement était évident; il y avait des vomissements de matières caractéristiques, une tumeur apparente à la partie supérieure et interne de la cuisse, près de la grande lèvre, et pour le diagnostic de laquelle la douleur mit sur la voie. Enfin, la réduction et la cessation des accidents ne laissèrent aucun doute sur la réalité d'une hernie obturatrice. Garengeot fit d'abord la lecture de ce fait, en 1734, à l'Académie de chirurgie, où le fils d'Arnaud lui dit avoir observé sur le vivant deux cas semblables dans lesquels l'intestin put être facilement réduit. Ce ne fut qu'un peu plus tard que Garengeot publia son *Mémoire sur plusieurs hernies singulières*.

Il rappela dans ce mémoire les deux faits d'Arnaud, celui de Duverney, il y joignit le sien, parla des deux qu'Arnaud le fils avait vus, d'un septième fait rapporté par Malaval, d'un autre par Garé, enfin d'un dernier qu'il venait lui-même d'observer sur un sellier de la rue

(1) Garengeot, loc. cit.

du Sépulcre, et qui fut pris pour un abcès par des hommes habiles. Enfin il termina en signalant une disposition particulière du péritoine dans le canal sous-pubien et capable de contenir une anse d'intestin, qui lui fut montrée sur un bassin par Hommel, prosecteur et démonstrateur à la Faculté de Strasbourg.

Garengeot rapporte dix exemples de cette hernie; mais la plupart ne sont qu'indiqués, en quelques mots: j'excepte le cas qui se passa sous ses yeux en Normandie. Non-seulement le fait est présenté de manière à ne laisser aucun doute; mais ses moindres particularités sont exposées avec une précision qui révèle un habile chirurgien: aussi Sabatier le trouve-t-il infiniment instructif. Trois autres faits du même mémoire sont également dignes d'attention: tel est le cas qui fut pris pour un abcès chez le sellier de la rue du Sépulcre, l'exemple de hernie obturatrice double que Duverney observa sur un même bassin, enfin le cas que Garengeot tenait de Malaval.

Malgré l'observation de Duverney, on doutait encore de la possibilité d'une hernie par le canal sous-pubien. En effet, les auteurs de traités de médecine et de chirurgie gardaient le silence sur cette affection. Reneaume, médecin de Paris et auteur d'un *Traité sur les hernies*, ne fit mention de la hernie obturatrice que pour la révoquer en doute (1). Garengeot, témoin du fait si remarquable dont j'ai parlé plus haut, se flatta de vaincre l'incrédulité qui régnait sur ce point de pathologie chirurgicale; après avoir rapporté l'observation dont j'ai déjà parlé, il s'exprima en ces termes: « Un succès si heureux dans une maladie que je n'ai encore vue imprimée dans aucun auteur, si ce n'est dans un écrivain de nos jours qui n'en parle que pour la révoquer en doute, un pareil succès, dis-je, me donna beaucoup de satisfaction » (2). Garengeot donna d'excellents préceptes pour la réduction

---

(1) Reneaume de la Garenne, Discours pour l'ouverture de l'École de chirurgie, avec une thèse paraphrasée sous ce titre: *Essai d'un traité des hernies nommées descentes*; Paris, 1726.

(2) Garengeot, loc. cit.

de cette espèce de hernie, et décrivit le moyen qu'il avait employé pour maintenir l'intestin réduit; mais il n'indique pas de procédé opératoire pour le cas où la hernie est étranglée et irréductible.

On ignore la date précise à laquelle Albinus eut occasion d'observer une semblable hernie. Günz, dans le chapitre qu'il consacre aux *hernies de la vessie*, cite un cas où ce viscère formait une hernie obturatrice; mais ce cas très-curieux est seulement indiqué : « Contra observationem compertum est, vesicam in feminis tantum per foramen « ovale etiam devolui. Ejusmodi herniam ab illustrissimo Albino in « femina inventam et auditoribus demonstratum fuisse, accepi » (1).

Le beau travail de Garengeot ne dissipa pas tous les doutes qui s'étaient élevés sur la possibilité de la hernie obturatrice. En effet, onze ans après, en 1744, Günz expose ainsi les doutes des chirurgiens : « Nostra ætate novum aliquot herniæ genus innotuit, quod per « foramen ovale sit, idque tam rarum est, perque viam tam insoli- « tam difficilemque sit, ut à multis negetur » (2).

En présence des faits qui lui avaient été rapportés par des médecins et des chirurgiens recommandables, et après l'examen anatomique du conduit par lequel se fait cette espèce de hernie, Günz se demande si on peut douter encore que l'épiploon ou l'intestin ou ces deux parties à la fois puissent descendre et s'engager dans ce conduit? « Quæ qui « accurate perpenderit, an illi poterit ulla dubitatio superesse, debere « omentum, vel intestina, aut etiam utrumque, ea obliquitate de- « scendere ?... » (3) Il ne paraît pas persuadé qu'Arnaud de Ronsil ait parlé le premier de la hernie par le trou obturateur, et il se plaint de l'incertitude dans laquelle Garengeot laisse la date précise des observations d'Arnaud : « Quod quo tempore factum sit, non addit, vigenti

---

1) Günz (Just.-Godef.), *Observationum anatomico-chirurgicarum de herniis libellus*, p. 96; Leipsick, 1744.

(2) Günz, loc. cit., cap. 18, p. 79.

(3) Ibid., p. 81.

« autem unum circiter annos effluxisse aït, ex quo hanc observatio-« nem ab Arnoldo acceperit » (1). En effet, on ne sait pas s'il faut compter ces vingt et un ans à partir de l'époque où Garengeot observa sa malade, ou de la date à laquelle il écrivit son mémoire, ce qui est bien différent. Comme, parmi les observations citées par Garengeot, aucune n'avait été faite avant l'année 1722, Günz croit devoir attribuer au chirurgien Lemaire, de Strasbourg, l'honneur d'avoir, sinon le premier, mais certainement avant Arnaud, constaté cette nouvelle espèce de hernie. Suivant Günz, dès 1718, Lemaire aurait communiqué, sur le cas qu'il avait observé, plusieurs détails aux chirurgiens et médecins de Strasbourg, « ab illustrissimo Hænelio accepi, « qui ipse in eorum numero fuit » (2).

Il tenait également d'Hænel que Cassebohm, professeur d'anatomie à Berlin, avait constaté plusieurs cas de cette espèce de hernie et qu'il les avait montrés à ses auditeurs. Enfin, Günz dit que Zoëga, célèbre chirurgien danois, lui avait rapporté, quelques années auparavant, des cas semblables, qu'il tenait du premier chirurgien des armées danoises.

Ces remarques tendent à établir que les premiers cas de hernie obturatrice observés remonteraient à une époque un peu plus éloignée que ne le suppose Garengeot. Néanmoins, comme aucune publicité n'avait été donnée à ces faits, ils ne sauraient prévaloir sur ceux de Duverney, communiqués à l'Académie des sciences, ni sur ceux de Garengeot, qui, le premier, attira réellement l'attention sur ce point de pathologie, dans le mémoire lu à l'Académie royale de chirurgie.

Günz a le mérite d'avoir touché à des questions qui indiquent un progrès véritable dans l'étude de cette maladie. Ainsi, il entre dans de longs détails anatomiques sur la région du trou obturateur. Il dit que la seule inspection des parties doit confirmer le chirurgien dans l'idée de la possibilité d'une hernie dans cette région. Il constate la plus

---

(1) Günz, p. 79.

(2) Ibid.

grande fréquence de cette espèce de hernie chez les femmes que chez les hommes ; ce que démontrent, dit-il, les exemples recueillis par Garengeot et Cassebohm. Il parle des causes de la hernie obturatrice, de la situation du trou obturateur, de la direction des intestins qui inclinent vers le bas du bassin et surtout vers l'orifice de la sinuosité obturatrice. Frappé de cette circonstance, que le seul exemple de hernie de vessie par le trou obturateur avait été rencontré sur la femme, il cherche à en expliquer le mécanisme par la forme plus arrondie de la vessie chez les hommes et son éloignement plus grand que chez la femme du trou sous-pubien. Il aborde, ce qu'on n'avait pas encore fait avant lui, la question de l'opération. Il regarde cette opération comme fort dangereuse ; il insiste sur la nécessité d'éviter de blesser des vaisseaux d'un volume considérable, et recommande d'observer les mêmes précautions que pour la hernie inguinale. Il parle de la réduction et de l'application d'un bandage ; mais il signale les difficultés de cette application.

Ces remarques de Günz contribuèrent à appeler l'attention sur cette epèce de hernie. De nouveaux exemples ne tardèrent pas à être publiés. Deux ans après, en 1746, Zacharie Vogel consacra à la description de cette maladie un chapitre où il parla également des observations de Cassebohm. Son témoignage confirma le rapport de Günz : « Pour moi, dit-il, je n'ai jamais vu cette sorte de hernie, et encore moins l'ai-je opérée. Le professeur Cassebohm, qui de mon temps était prosecteur au théâtre anatomique de Berlin, a souvent parlé devant moi et devant plusieurs étudiants de la possibilité de cette hernie, et il ajoutait qu'il en avait plusieurs fois trouvé des indices dans les cadavres qu'il disséquait » (1). Vogel cite ensuite une lettre que lui écrivit Hommel sur la *disposition sacciforme* du péritoine

---

(1) Vogel (Zacharie), *Von der Brüchen*, p. 24 (th. obt. double); *Abhandl. aller Arten der Brüche ;* Glogau, 1769, p. 204: c'est-à-dire *Mém. sur toutes les espèces de hernies*, etc., p. 203, § 19; 1746.

à l'endroit des trous obturateurs. Je transcrirai plus loin le passage de cette lettre, dont il est regrettable que la date précise ne soit pas connue.

A la suite de cette communication, Vogel se borne à signaler les observations de Garengeot. En 1750, Heister traita de la hernie obturatrice, sur la possibilité de laquelle il ne manifeste aucun doute. « On distingue, dit-il, la hernie du trou ovalaire du pubis à une tumeur qui se montre aux environs de ce trou : tumeur qui rentre d'elle-même ou qu'on réduit avec les doigts, tant que les intestins sont libres, surtout lorsque le malade se trouve couché sur le dos. Cette sorte de hernie est rare, mais lorsqu'elle arrive, la cure en est à peu près la même dans tous ses points que celle du bubonocèle, si ce n'est que la pelote du bandage, qu'il faut porter pendant assez longtemps, doit être exactement adaptée, par sa figure, à l'endroit par où l'intestin s'est échappé » (1). Pour l'opération, Heister renvoie à la méthode qu'on suit pour la hernie inguinale, et sans parler de la profondeur à laquelle la hernie obturatrice est ordinairement placée, il pressent les dangers de l'opération, en disant qu'on doit redouter de blesser une artère assez volumineuse qui passe par le trou ovalaire ; « ce qui pourrait, ajoute-t-il, occasionner une hémorrhagie dangereuse » (2). Camper (3), en 1760, rapporta, dans ses *Démonstrations d'anatomie pathologique*, qu'il avait rencontré, sur le cadavre d'un vieillard très-maigre, une disposition du péritoine, en forme d'infundibulum, à l'entrée du conduit par où pénètrent les vaisseaux et le nerf obturateurs. Camper pense que cette disposition est plus fréquente qu'on ne le

---

(1) Heister, *Institutiones chirurgicæ ;* 1750. Traduit du latin par Paul, t. 2, p. 209, ch. 60, § 5 ; Avignon.

(2) Heister, loc. cit.

(3) Camper, *Demonstrationum anatomico-pathologicorum*, lib. 2, p. 17, et tab. 1, fig. 1 et 2 ; Amsterdam, 1760.

croît, et il en donne la représentation dans deux planches gravées d'après des dessins qu'il avait faits lui-même, avec une rare habileté. Ces planches, qui représentent deux coupes du bassin, vu de l'intérieur, montrent, l'une, l'invagination du péritoine à travers le trou sous-pubien ; l'autre, la disposition du nerf et des vaisseaux dans la sinuosité de cette ouverture : le nerf est situé en dehors et un peu en haut, l'artère plus en dedans et la veine au côté interne de l'artère. Il est à regretter que Camper n'ait donné sur ce sujet qu'une simple indication de quelques lignes.

En 1765, Klinkosch, dans l'exposition qu'il fait des hernies, signale (1) celle qui a lieu par le trou obturateur (*hernia per foramen ovale ossium innominatorum*), puis il ajoute, sous forme de note, que Garengeot rapporte dix cas de cette espèce de hernie, dont un seul sur l'homme et neuf chez la femme, et qu'on reconnaît cette hernie à une tumeur qui pénètre à travers les muscles pectiné et triceps. Il parle aussi des faits observés par Lemaire et Cassebohm, cités par Günz ; et de la disposition en *infundibulum* du péritoine, remarquée par Camper. Ce qui est plus intéressant dans la note de Klinkosch, c'est l'observation d'une hernie obturatrice, qu'il trouva sur le cadavre d'un jeune homme de dix-sept ans, mort hydropique. Dans ce cas, les deux sacs avaient pénétré profondément, suivant le trajet du nerf et des vaisseaux obturateurs, et la hernie était formée par une portion d'iléon et d'épiploon (2).

Eschenbach, professeur à Rostock, écrivit quatre ans après (en 1769) un chapitre sur la hernie obturatrice (*de Hernia ovalis*) (3). Il

---

(1) Klinkosch (Joseph. Thaddæus), *Dissertationes medicæ selectiores Pragenses quas colligit et edidit*, 8. 1. — *Divisio herniaram novaque ventralis herniæ species*, p. 184 et 185 ; Prague et Dresde, 1765 et 1775.

(2) Ibid., loc. cit.

(3) Eschenbach, *Observata anatom.-chirurg. medica rariora*, obs. 33, p. 265 ; Rostock, 1769.

rapporte deux cas qu'il avait eu occasion de rencontrer sur le vivant. L'un concerne une jeune fille, âgée de vingt-quatre ans, et d'une constitution robuste, qui vint le consulter pour une hernie obturatrice. Cette hernie s'était formée pendant un effort que cette jeune fille fit pour soulever un fardeau. La tumeur, manifeste au dehors, sortait et rentrait avec facilité ; la malade la portait depuis longtemps lorsqu'elle vint trouver Eschenbach, qui la soumit à l'usage d'un appareil particulier. Il parvint d'abord à maintenir réduite cette hernie; mais elle se reproduisit peu de temps après. Sa réduction présenta cette seconde fois plus de difficulté, et obligea de joindre l'emploi d'une pelote à l'appareil déjà employé. Au bout de quelque temps, la malade put reprendre ses occupations, en conservant toujours ce bandage pour prévenir une récidive. L'autre observation est relative à un jeune homme, âgé de plus de vingt ans, également affecté d'une hernie obturatrice qu'il portait depuis assez longtemps. Eschenbach traita cette hernie de la même manière que la précédente. A la suite de ces deux observations, Eschenbach parle des cas cités par Garengeot et de ceux qui sont rapportés par Günz; il rappelle les remarques d'Heister que nous avons citées. Eschenbach avoua qu'il profite de cette occasion pour relever une erreur qu'il avait commise dans sa *Chirurgie* (publiée à Rostock, en 1754), sur la foi d'un célèbre médecin, savoir : que la hernie obturatrice n'était possible que chez les femmes qui avaient eu plusieurs grossesses ou de nombreux accouchements. « Les exemples rapportés plus haut, ajoute-il, attestent son existence chez les vierges et chez les jeunes gens » (1).

En 1773, Heuermann publia dans ses mémoires (2) un chapitre *Sur les hernies du trou ovale.* Il rappelle, comme les auteurs précédents, que l'existence de cette espèce de hernie a été niée, et que ce point de

---

(1) Eschenbach, loc. cit.

(2) Heuermann, *Abhandl. von den Vornehmsten chirurg. operationem*, etc., t. 1, p. 578; Copenh. et Leips., 1773.

chirurgie a été si imparfaitement examiné, que Le Dran, dans son *Traité des opérations*, n'en a rien dit. Heuermann fait, en quelques mots, l'historique de la hernie obturatrice ; il rapporte qu'il a vu une hernie de ce genre, du côté droit, sur le cadavre d'une femme. « Je conserve, ajoute-t-il, cette préparation, parce qu'on n'a pas l'occasion de voir des cas semblables tous les jours. Il y avait absence de tumeur à l'extérieur ; en examinant l'intérieur du bassin, on voyait à droite de la vessie un prolongement du péritoine passant à travers le trou obturateur et logeant une portion d'intestin d'un doigt et demi d'étendue. L'étiologie de ce cas était obscure ; la malade ne s'était jamais plaint de douleurs à l'endroit de la hernie. » Heuermann ajoute, dans un autre passage : « Il résulte de ce qui précède qu'on n'a aucun motif de douter de l'existence de cette hernie, puisqu'elle a été observée par tant de chirurgiens ; la nature et l'état du trou ovale conduisent aussi à un pareil résultat, si l'on songe qu'il n'est pas, comme le pensaient les anciens, et comme le croient encore quelques modernes, fermé complétement par le ligament, par les muscles obturateurs interne et externe, mais que vers le haut il présente une gouttière par laquelle l'artère et la veine obturatrice et le nerf obturateur sortent du bassin » (1).

Heuermann se livre ensuite à quelques considérations anatomiques sur la région obturatrice ; il parle des causes productrices de la hernie par le trou obturateur et de sa formation ; il dit que cette hernie peut être formée par l'intestin, la vessie ou l'épiploon qui pénètrent dans le canal obturateur, mais avec difficulté. Il ajoute que cette hernie peut offrir les états que présentent les autres hernies, tels que l'étranglement, l'inflammation, l'adhérence, la gangrène ; ce qui fait varier le pronostic ; et que, si la tumeur est réductible, il faut la maintenir par un bandage. Dans le cas d'étranglement, il conseille de chercher à élargir l'ouverture par laquelle la hernie s'est formée.

---

(1) Heuermann, loc. cit.

C'est ici, je crois, qu'il faut mentionner le conseil donné par Martini (1), d'ouvrir le ventre au-dessus du pubis pour aller dégager l'intestin étranglé dans le canal sous-pubien.

Richter (2) dit que le chemin que cette hernie parcourt est si difficile que quelques-uns l'ont regardée comme impossible; mais sur l'autorité de Garengeot, de Camper, de Klinkosch, de Vogel, de Heuermann, il ne paraît nullement douter de l'existence de cette hernie, à laquelle il consacre un chapitre assez étendu. Il passe en revue les parties qui peuvent être contenues dans le sac herniaire, cite les cas observés avant lui, rappelle la plus grande fréquence de cette hernie chez les femmes qui ont eu des enfants, et cite à l'appui l'observation de Garengeot. Richter insiste sur la forme qu'on doit donner à la pelote du bandage, dans les cas où la hernie est réductible. Quant à l'opération, il pense, si le cas est pressant, qu'on doit se décider à la pratiquer, bien qu'elle n'ait pas encore été faite. Il croit qu'on ne doit pas agrandir le collet du sac au moyen de l'incision, et qu'il est préférable de l'élargir selon la méthode de Le Blanc. Il suppose que plus la hernie est volumineuse et manifeste, plus sa réduction est aisée. Enfin, revenant sur la question de l'opération, il dit qu'on a proposé la gastrotomie sus-pubienne.

En 1804, Lentin (3) rapporta un exemple de hernie obturatrice.

En 1807, Astley Cooper (4) publia un cas de hernie obturatrice qu'il trouva sur un homme chez lequel il préparait une hernie ingui-

---

(1) Cité par Jalade-Lafond, *Considérations sur les hernies abdominales*, 1re partie, p. 324; Paris, 1822.

(2) Richter, *Traité des hernies*, traduit de l'allemand, en 1788, par J.-C. Rougemont, ch. 43, p. 296.

(3) Lentin, *Beiträge zur ausüb. Arzneïk.*, § 41; Leipz., 1804.

(4) Cooper (Astley), *The anatomy and surgical treatment of crural and umbilical hernia*, etc.; London, 1807. — Voir dans la traduction française des œuvres du même auteur par MM. Chassaignac et Richelot, p. 369; Paris, 1835.

nale du même côté. Il dit que le sac herniaire de cette hernie du trou ovale lui parut tellement petit qu'il hésitait à le faire dessiner, mais réfléchissant que le danger des hernies était quelquefois en raison directe de leur peu de volume, cette considération et le siége de la tumeur lui firent penser que ce fait méritait d'être noté. L'artère et le nerf obturateurs étaient situés à la partie interne du collet du sac; pourtant, dans le procédé opératoire, il conseille de débrider en dedans. Astley Cooper a représenté ce cas dans deux belles figures. J'ai reproduit la plus importante (pl. 13). En parlant des faits rapportés par Garengeot, Astley Cooper condamne comme inutile l'opération attribuée à Arnaud.

De toutes les observations que nous venons de citer, il résultait évidemment qu'à cette époque il ne pouvait y avoir de doutes sur la possibilité de la formation d'une hernie par le canal sous-pubien. Cependant en France, en 1808, Richerand renouvela les doutes qu'on avait anciennement émis. Il rappela l'étroitesse de l'ouverture interne du canal sous-pubien; il invoqua à tort le défaut d'autopsies cadavériques propres à constater la hernie, et se demanda, au sujet des observations de Garengeot, si on n'avait pas pu regarder comme hernies obturatrices des hernies crurales fortement réprimées par la résistance de l'aponévrose fascia lata (1). Mais, en 1812, à l'occasion d'un cas de hernie obturatrice, trouvé sur un cadavre par M. Hipp. Cloquet, Richerand cessa d'avoir des doutes, et fit quelques remarques sur la grande rareté de cette affection.

De nouvelles observations n'ont pas tardé à démontrer non-seulement l'existence de cette espèce de hernie, mais encore qu'elle est malheureusement moins rare qu'on ne le croit généralement. Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que moi-même, à peine arrivé

---

(1) Richerand, *Nosographie chirurgicale*, 2e édition, t. 3, p. 406, art. Hernies; Paris, 1808.

au but de mes études médicales, j'ai pu déjà observer deux exemples de cette espèce de hernie.

Lassus, dans sa *Pathologie chirurgicale* (1), publiée un an après la *Nosographie chirurgicale* de Richerand, rappelle que cette espèce de hernie avait été observée par Garengeot et Eschenbach. Lassus suppose que cette hernie est ordinairement réductible, et, lorsque la hernie est étranglée, il regarde l'opération comme impraticable.

Depuis le commencement de ce siècle et à des intervalles peu éloignés, on a publié de nouveaux cas de hernie par le trou obturateur. Des cas de hernie obturatrice ont été observés par des chirurgiens, des médecins et des anatomistes d'une autorité incontestable. Cette affection n'est pas devenue plus fréquente, mais elle a été plus rarement méconnue, par suite des progrès de l'anatomie pathologique et de la science du diagnostic.

En 1810, Lawrence a rencontré une disposition du péritoine en infundibulum dans le canal sous-pubien, disposition qu'avait notée Camper. Dans ce cas, comme dans celui de Cooper, les vaisseaux étaient à la partie externe et postérieure du sac (2).

J'arrive enfin à l'observation qui devait, en France, fixer définitivement l'opinion des chirurgiens sur la possibilité de l'existence de la hernie obturatrice. M. Hipp. Cloquet, en se livrant, en 1812, dans les pavillons de l'École pratique, à des dissections anatomiques, fut frappé d'un état particulier des intestins grêles en grande partie sphacélés, et d'un épanchement de matières stercorales dans l'abdomen; il ne savait trop à quoi rapporter ces désordres, lorsqu'en disséquant les muscles de la partie supérieure et antérieure de la cuisse, il rencontra une tumeur ovoïde du volume d'un petit œuf de poule

---

(1) Lassus, *Pathologie chirurgicale*, nouvelle édition, t. 2, p. 104 et 105; Paris, 1809.

(2) Lawrence, *A Treatise on ruptures*, chap. 23, 2e édit.; 1810.

environ. Il en fit soigneusement la dissection. Il constata que la maladie avait été ignorée pendant la vie. Les vaisseaux étaient situés en arrière et en dehors du sac. Cet auteur profita de cette occasion pour établir d'une manière indubitable la réalité de cette maladie. Il rappela les faits de Garengeot, de Duverney, de Vogel, de Camper et d'Eschenbach, auxquels on n'avait pas accordé l'attention qu'ils méritaient. Il dit avoir essayé sur le cadavre un procédé opératoire qui lui paraît applicable, et pense que si on a jugé l'opération impraticable dans le cas d'étranglement, c'est que l'autopsie n'avait pas encore bie établi les caractères de cette affection. M. Hipp. Cloquet a déposé aux archives de la Société de médecine des dessins de cette pièce que je n'ai pu consulter.

Dans cette même année, Hesselbach publia aussi, en Allemagne, un cas de hernie obturatrice (1).

En 1816, M. le professeur Jules Cloquet rencontra aussi, dans les dissections auxquelles il se livrait à l'École pratique, un cas de hernie par le trou obturateur (2). Sur le cadavre d'une femme d'une cinquantaine d'années; dans la bouche de laquelle il vit des matières fécales, l'aine du côté gauche, à sa partie inférieure, présentait une tumeur manifeste à la vue; la peau qui la recouvrait était rouge et violacée; en ayant fait l'incision, il aperçut une tumeur herniaire, et s'assura par la dissection de l'existence d'une hernie à travers le canal des vaisseaux obturateurs : une portion de l'épiploon et de l'intestin grêle formait la hernie; la malade avait succombé à l'étranglement qui était résulté; des parties de l'intestin étaient gangrenées. La malade avait évidemment succombé à une entéro-épiplocèle étranglée par le canal sous-pubien, et dont l'existence n'avait pas été aperçue durant la maladie. Le sac était rétréci à sa partie moyenne; l'artère obtura-

(1) Hesselbach, *Neueste anat. pathol. Untersuchung*, etc.; 1812, 1814.

(2) Cloquet (Jules), thèse de concours pour la chaire de pathologie chirurgicale, pl. 5, p. 107; Paris, 1831.

trice, située en dehors, envoyait une de ses branches dans ce rétrécissement. M. J. Cloquet publia, dans sa thèse du concours pour la chaire de pathologie chirurgicale, cette observation remarquable, et l'accompagna de plusieurs dessins que, dans l'intérêt du sujet, j'ai reproduites dans cette dissertation (pl. 7, fig. 1, 2, 3, 4, 5, 6). Ce fait présente des particularités dignes d'être notées : la présence d'une tumeur manifeste dans la région obturatrice, l'altération de la peau qui la recouvrait et la division du sac en deux parties.

En 1819, Buhle (1) soutint à Halle une thèse sur la hernie obturatrice, thèse dans laquelle on lit une observation de Meckel (2) sur une semblable hernie.

En 1822, Dupuytren, qui a éclairé tant de questions chirurgicales, diagnostiqua sur le vivant, comme autrefois Garengeot et Eschenbach l'avaient fait, une hernie obturatrice. Un homme de quarante-cinq ans, mettant avec effort des chaussures trop étroites, l'avait vue se produire chez lui, et il vint réclamer pour cette tumeur les secours de Dupuytren. La rareté du cas fit omettre les opinions les plus différentes à ceux qui virent le malade; mais Dupuytren ne se méprit pas, et il affirma que c'était une hernie par le trou obturateur. En effet l'intestin rentrait et ressortait avec facilité. Mais le bandage qu'on appliqua d'abord ne put être supporté parce qu'il était défectueux (3).

Dupuytren donne pour le débridement et l'opération de cette hernie un procédé que nous exposerons plus loin.

---

(1) Buhle, *de Hernia obturatoria ;* Halle, 1819.

(2) Meckel, *Pathol. anat.*, B. 2, Abtheil 1, p. 449.

(3) Ce fait n'est pas publié dans les *Leçons orales* de Dupuytren, où il n'est parlé que l'étranglement du sac herniaire; mais nous l'avons trouvé indiqué ou rapporté dans les ouvrages suivants : Sabatier, *Médecine opératoire*, nouvelle édition, faite sous les yeux de M. le baron Dupuytren par L.-J. Sanson et L.-J. Bégin, t. 3, p. 638-642; Paris, 1832. — Jalade-Lafond, *Considérations sur les hernies abdominales*, 1re partie; Paris, 1822. — L.-J. Sanson, art. HERNIE OVALAIRE. (*Diction. de médecine et de chirurgie*, en 15 vol., t. 9, p. 607).

Dans la même année, un autre cas de cette même affection fut observé pas M. Breschet. La malade avait succombé aux accidents propres aux hernies étranglées. L'ouverture du cadavre prouva que ces désordres étaient le résultat de l'étranglement d'une petite portion d'intestin grêle, pincé dans presque tout son calibre dans le canal sous-pubien; il y avait inflammation intense des intestins et du péritoine.

Boyer, dans un ouvrage classique de chirurgie (1), cite les principaux auteurs qui ont observé la hernie ovalaire sur le cadavre et sur le vivant; il remarque que le muscle obturateur externe dépourvu d'aponévrose à son bord supérieur, doit se déprimer facilement quand la hernie a franchi le canal sous-pubien. Comme Richter, il conseille d'opérer dans le cas d'étranglement interne, et d'employer l'instrument de Le Blanc pour tenter la dilatation du collet du sac : suivant lui, en pratiquant l'incision, on pourrait blesser une artère importante.

Gadermann a recueilli, en 1823, une observation très-intéressante. Une veuve de soixante et quinze ans fut prise de tous les symptômes d'une entérite, suivie de constipation et de vomissements de matières fécales; il n'existait point de tumeur ni de douleur, excepté le dernier jour, où une vive douleur se manifesta vis-à-vis du trou obturateur. Dans ce cas, l'artère obturatrice, née de l'épigastrique, était située à la partie interne du sac. Ce fait remarquable fut pour l'auteur l'occasion d'un travail particulier sur cette espèce de hernie (2).

A partir de cette époque, des remarques et de nouvelles observations ont été faites en France, en Allemagne et en Angleterre, sur cette espèce de hernie. En 1826, Samuel Cooper (3) mentionna la hernie obturatrice dans son *Dictionnaire de chirurgie pratique;* il rappela le

---

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurg.*, t. 8, p. 329; Paris, 1822.

(2) Gadermann, *Ueber den Bruch durch das Hüftbeinloch*, etc.; Landshut, 1823.

(3) Cooper (Samuel), *Diction. de chirurg. pratique*, t. 1, p. 639, trad. franç.; Paris, 1826.

fait d'A. Cooper, et un de ceux de Garengeot. S. Cooper dit que le débridement du col du sac doit être fait en dedans, pour éviter l'artère obturatrice; cependant, il reconnaît que si ce vaisseau provenait de l'épigastrique, cette artère pourrait être blessée.

A la même époque, Nückel (1) donna une observation de hernie obturatrice. Maréchal (2), deux ans après (1828), publia l'observation d'une femme de quarante-sept ans, qui succomba aux accidents d'une hernie obturatrice étranglée. Les symptômes qui l'accompagnèrent méritent d'être notés; il y eut un engourdissement dans la région lombaire correspondante à la hernie, engourdissement interrompu par des douleurs violentes; on ne pouvait comprimer, sans douleur, la cuisse à la région inguinale; l'émission des urines était difficile; on crut à une néphrite aiguë, et plus tard, à cause des vomissements, à une complication avec l'iléus. La malade mourut le quatorzième jour de la maladie, et on reconnut un entéro-épiploeèle étranglé dans le canal sous-pubien.

Smith, en 1830, rencontra un cas analogue (3) sur une femme dont la maladie put être observée avec tous ses symptômes; mais le diagnostic ne fut pas plus complet que dans le cas que nous venons de citer; on fut bien certain de l'existence d'un obstacle au cours des matières fécales; mais l'examen des régions où se forment les hernies ne fit rien découvrir. A l'ouverture du cadavre, on trouva une portion d'intestin grêle étranglée dans le canal sous-pubien.

L'auteur de cette observation ne dit rien de la position des vaisseaux. Il ajoute qu'il n'y avait pas de douleur locale, et que plusieurs cas de hernie obturatrice ont dû rester indéterminés, pendant la vie, par le fait de l'absence de symptômes caractéristiques, et être pris pour un étranglement interne.

---

(1) Nückel, *Salzburg med. chir. Zeitung*, p. 247; 1826.

(2) Maréchal, *Hernie du trou ovalaire* (*Journal des progrès des sciences et des institutions médicales*, t. 10, p. 247; année 1828).

(3) Smith, *Case of hernia by the foramen ovale* (*The lancet* for august 1830).

M. Cruveilhier publia, en 1832, un cas de hernie obturatrice (1) observé sur une indigente de la Salpêtrière, et qui présenta les symptômes d'un étranglement interne et d'une péritonite générale. Les vaisseaux se trouvaient à la partie externe du sac qui, comme dans le cas de M. Jules Cloquet, offrait un rétrécissement à sa partie moyenne. J'ai reproduit plusieurs dessins de M. Cruveilhier qui représentent la disposition des parties (pl. 6, fig. 1 et 2). M. Cruveilhier accompagne ce fait de quelques réflexions importantes; il pense que l'intestin franchit le canal sous-pubien d'une manière graduelle, et que, dans beaucoup de cas, il doit s'engager entre la membrane obturatrice et le muscle obturateur externe; disposition que j'ai constatée dans un cas observé dernièrement à l'hôpital de la Charité. La même année, Rust donna dans son *Dictionnaire de chirurgie* un excellent article sur la *hernie obturatrice* (2). L'auteur expose les caractères, les causes, le diagnostic et le traitement de cette affection, et il donne une liste très-complète des auteurs qui l'ont observée. Lui-même rapporte avoir vu, il y a quelques années, un cas de hernie du trou ovale, du côté droit, sur le cadavre d'une femme. La pièce fut observée dans le cabinet de l'Académie médico-chirurgicale de Dresde. Les vaisseaux étaient situés à la partie interne de la hernie. Dans ce cas, Rust crut voir une une preuve de la tendance de cette hernie à guérir sans le secours de l'art, à cause du petit volume et de la contraction du sac. La dissertation de Gadermann, qu'il cite plusieurs fois, paraît lui avoir servi dans la rédaction de cet article.

L.-J. Sanson a donné aussi dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* une description succinte, mais parfaitement exacte, de la *hernie obturatrice;* il conseille le débridement, suivant la méthode de Dupuytren, c'est-à-dire *en dedans* (3).

---

(1) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, in-f°.; 1832.

(2) Rust, *Handbuch der Chirurgie*, t. 8, p. 528; 1832.

(3) Sanson, art. Hernie (*Diction. de méd. et de chirurg.* en 15 vol., t. 9, p. 607).

En 1839, M. Demeaux (1) eut occasion d'observer, sur le cadavre d'un homme d'une quarantaine d'années, une hernie par le canal sous-pubien; les vaisseaux étaient à la partie externe du sac. M. Demeaux, à cette occasion, exposa quelques considérations sur cette espèce de hernie; il rappela que cette hernie était rare, et il combattit l'opinion de ceux qui avaient avancé que la hernie obturatrice était facilement réductible. Il décrit avec soin la région sous-pubienne, et il émet sur les résultats de l'opération des craintes fondées sur la disposition des vaisseaux et la profondeur de la hernie.

M. Velpeau (2) traite sommairement de cette hernie dans sa *Médecine opératoire*. Parmi les auteurs qui ont observé cette hernie, il mentionne Verdier et Pipelet, dont je n'ai pu retrouver les observations. M. Velpeau semble ne pas conseiller formellement l'opération dans un cas d'étranglement. « Je sais, dit-il, que cette opération a été tentée d'abord par Garengeot sur un de ses malades, rue du Sépulcre, et, plus récemment, par un chirurgien allemand, dans un cas à peu près pareil. Mais quand on songe aux parties qu'il faudrait traverser pour arriver au siége de l'étranglement, à la profondeur de la membrane obturatrice, à la difficulté de constater le lieu qu'occupent les vaisseaux, et que la vessie ou le vagin pourraient être atteints, il est bien permis de ne pas la conseiller. »

M. Cruveilhier (3) a eu l'occasion d'observer deux sacs vides, formés par le péritoine, à l'endroit du canal sous-pubien.

Au mois de janvier 1840, M. Bouvier (4) vit, à l'hôpital de la Salpêtrière, une femme succomber à tous les accidents d'une hernie étranglée, et qui présenta à l'autopsie une hernie sous-

---

(1) Demeaux, *Bulletins de la Société anatomique*, p. 20; année 1839.

(2) Velpeau, *Éléments de médecine opératoire*, t. 4, p. 242; Paris, 1839.

(3) Cruveilhier, *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1839, bulletin n° 5, p. 134.

(4) Bouvier, *Revue médicale franç. et étrang.*, t. 2, p. 3, année 1840. — Fiaux, *Bulletins de la Société anatomique*, 1840.

pubienne. M. Bouvier porta cette observation à la connaissance de l'Académie de médecine, et à celle de la Société de médecine de Paris. Dans cette dernière société, une discussion très-intéressante s'engagea entre MM. Bouvier et Bérard, relativement au diagnostic et à l'opération de la hernie obturatrice. M. Bouvier pensait que le diagnostic de cette espèce de hernie pouvait être fait; car il avait été établi dans un cas observé par MM. Laugier et Dubled, cas dans lequel l'autopsie du cadavre confirma l'opinion de ces deux habiles chirurgiens. Quant à l'opération, il rappela qu'elle était conseillée par Richter, Sabatier et Boyer, et regardée comme praticable par Lawrence et Hippolyte Cloquet. M. Bérard pensait que les éléments du diagnostic étaient incertains; que la science ne possédait que peu d'observations bien authentiques, et que la disposition anatomique des parties rendait parfaitement compte de la rareté de cette affection. Quant à l'opération, M. Bérard ajouta que la prudence devait la faire repousser, et que peut-être vaudrait-il mieux, dans un cas de hernie obturatrice, suivre le conseil donné par Pigray, d'ouvrir l'abdomen et de rechercher le siége de l'étranglement.

La malade de M. Bouvier offrit cela de particulier qu'une douleur violente existait du côté opposé à la hernie. Cette observation a été recueillie, avec beaucoup de soins et de talent, par M. Fiaux, interne-lauréat des hôpitaux.

M. Wetherfield observa, en mars 1840, un cas de hernie obturatrice étranglée, qui causa la mort de la malade. Les symptômes furent les mêmes que dans les cas précédents, et l'étiologie fut parfaitement notée (1).

Le docteur Frantz (2) rapporte un cas très-curieux de hernie obturatrice sur une femme chez laquelle on voyait apparaître tous les accidents de l'étranglement lorsqu'une douleur vive survenait dans

---

(1) Wetherfield, *Hernia of the obturator foramen* (*The lancet* for april 1840).

(2) Frantz, *Case of strangulated hernia through the foramen thyroideum* (*British and foreign medical review*, London, oct. 1842, p. 556).

la région du trou obturateur; ces accidents ne cessaient que lorsqu'on avait établi une forte pression vers cette région; la malade entendait alors un gargouillement imitant le bruit d'un intestin qui rentre dans l'abdomen. Plusieurs fois les mêmes accidents et la même manœuvre eurent lieu; mais un jour l'étranglement survint, persista, et mit la malade dans le plus grand danger. Une évacuation de matières fécales eut lieu spontanément; la malade fut soulagée, et bientôt la guérison fut complète.

King (1), assisté de Lawrence et du docteur Allen, a observé un cas de hernie obturatrice chez une femme de soixante et seize ans, mère de plusieurs enfants. Cette femme éprouva, pendant sa maladie, des douleurs dans la région obturatrice, et succomba. La préparation de ce cas est déposé au musée de l'hôpital de Brighton.

En 1842, M. Auguste Bérard (2), après avoir émis des doutes sur l'observation de Garengeot relative au sellier de la rue du Sépulcre, ne reproduisit plus le conseil donné par Martini d'ouvrir le ventre pour dégager l'artère. M. A. Bérard conseilla de tenter l'opération par la région interne et supérieure de la cuisse, plutôt que d'abandonner le malade à une mort certaine. Enfin il recommenda de recourir au tamponnement dans le cas de blessure d'une artère.

Cette année, un cas de hernie sous-pubienne a été observé à la Salpêtrière, dans le service de M. Manec. Ce cas est consigné dans ma dissertation. Une tumeur obscure, mais circonscrite, existait au-devant du trou obturateur, avec douleur à cette région; on allait pratiquer une incision sur la région obturatrice; d'après les conseils de M. Manec, lorsque la malade, à peine transportée dans son service, mourut d'épuisement.

---

(1) King, *Hernia of the obturator foramen* (*London medical gazette*, tome 31, p. 409; déc. 1842).

(2) Bérard (Auguste), art. Pubis, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. 26, p. 331-336, 2e édit.; 1842.

Je publie, dans cette dissertation, deux autres cas que j'ai observés dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité. Ces deux observations peuvent être rangées parmi les plus complètes qui aient été recueillies jusqu'à ce jour. L'une a été recueillie en 1842, et l'autre tout récemment. Pendant la vie, les symptômes ont été notés avec soin; et, à l'autopsie cadavérique, la disposition des vaisseaux et des nerfs, l'état du sac et des autres parties, ont été l'objet d'une étude attentive. Cette disposition des parties est indiquée avec soin dans des dessins faits d'après nature et que j'ai cru devoir joindre à cette dissertation.

II.

DISPOSITION NORMALE DU CANAL SOUS-PUBIEN, DU TROU OBTURATEUR, DES MUSCLES, DES ARTÈRES ET DU NERF OBTURATEURS.

Avant de décrire la hernie sous-pubienne. je rappellerai sommairement la disposition de la fosse obturatrice, celle du canal sous-pubien et les rapports des parties qui l'avoisinent ou qui concourent à le former.

En dehors du bassin, la région obturatrice peut être circonscrite dans un triangle formé, en haut, par le corps du pubis, en dedans, par les muscles de la partie interne de la cuisse, le moyen et le grand adducteurs, et en dehors, par l'articulation coxo-fémorale. C'est à la partie supérieure de ce triangle, à 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'épine du pubis, qu'apparaît la hernie sous-pubienne, lorsqu'elle fait tumeur à l'extérieur.

En dedans du bassin, les limites de la région obturatrice ne peuvent être nettement assignées qu'après qu'on a enlevé successivement le péritoine et la portion du *fascia pelvia* qui recouvre la face postérieure du muscle obturateur interne.

Le *trou obturateur* est limité, en haut, par le corps du pubis, en dedans, par la branche descendante du pubis et ascendante de l'ischion,

en dehors et en bas par le corps de l'ischion, en dehors et en haut par la cavité cotyloïde (*Acetabulum* Günz, Astl. Cooper). Les branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis, et surtout le corps de l'ischion, épais sur leurs bords extérieurs, vont en s'amincissant vers le trou obturateur. Il résulte de là que le trou obturateur occupe, en avant, le fond d'une excavation qui, par opposition à celle qui existe du côté de l'intérieur du bassin, porte le nom de *fosse obturatrice externe*. Les bords du trou obturateur, ainsi excavé en dedans et en dehors, sont minces et tranchants; c'est à cette partie que s'insère la membrane obturatrice. La forme et les dimensions du trou obturateur diffèrent suivant les sexes: il représente un ovale assez parfait chez l'homme, d'où le nom de *trou ovalaire trou ovale;* mais cette même ouverture est triangulaire chez la femme. Son plus grand diamètre est dirigé dans le sens vertical. Ce diamètre, exactement mesuré, du milieu de la lèvre supérieure de la gouttière sous-pubienne à l'union des deux demi-circonférences externe et interne, en bas, offre ordinairement l'étendue de 5 centimètres et demi, rarement moins, quelquefois plus; je l'ai trouvé deux fois de 6 centimètres.

Le diamètre horizontal, perpendiculaire au précédent, et mesuré de l'intersection des deux branches de l'ischion et du pubis, à un point situé vers l'échancrure interne de la cavité cotyloïde, offre une étendue de 4 centimètres; quelquefois elle est un peu moindre. Chez l'homme, ce diamètre est bien moins grand que chez la femme. Sur cinq bassins d'hommes que j'ai mesurés, ce diamètre horizontal a offert quatre fois 3 centimètres ¼, une fois seulement 3 centimètres ½.

Le tableau suivant indique les mesures que j'ai prises, des diamètres vertical et horizontal du trou obturateur, sur trente bassins de femmes adultes ou d'un âge avancé, et sur cinq bassins d'hommes. Je donne ces détails anatomiques, bien qu'ils n'aient que des rapports indirects avec la disposition du *canal sous-pubien,* par lequel s'opère la hernie qu'on désigne ordinairement sous le nom de *hernie obturatrice.*

Diamètres du trou obturateur chez la femme.

1er Bassin.	Diamètre vertical............	5 cent. ½.
	— horizontal	4 —
2e —	Diamètre vertical............	5 cent.
	— horizontal..........	3 — ½.
3e —	Diamètre vertical............	5 cent.
	— horizontal..........	4 —
4e —	Diamètre vertical............	5 cent. ½.
	— horizontal..........	4 —
5e —	Diamètre vertical............	5 cent. ½.
	— horizontal..........	4 —
6e —	Diamètre vertical............	5 cent. ½.
	— horizontal	4 —
7e —	Diamètre vertical	5 cent. ½.
	— horizontal..........	4 —
8e —	Diamètre vertical............	4 cent. ¾.
	— horizontal..........	3 — ¾.
9e —	Diamètre vertical............	5 cent. ¼.
	— horizontal..........	4 —
10e —	Diamètre vertical............	5 cent.
	— horizontal..........	3 — ¾.
11e —	Diamètre vertical............	5 cent. ½.
	— horizontal..........	3 — ¼.
12e —	Diamètre vertical............	5 cent.
	— horizontal..........	3 — ½.
13e —	Diamètre vertical............	5 cent.
	— horizontal..........	3 — ¼,
14e —	Diamètre vertical............	5 cent. ½.
	— horizontal..........	3 — ½.
15e —	Diamètre vertical............	5 cent. ¼.
	— horizontal..........	3 — ½.
16e —	Diamètre vertical............	5 cent. ½.
	— horizontal..........	4 —
17e —	Diamètre vertical............	4 cent. ¾.
	— horizontal..........	4 cent. environ.
18e —	Diamètre vertical............	5 cent. ¼.
	— horizontal..........	3 — ½.

19e Bassin.	Diamètre vertical............	5 cent.
	— horizontal..........	3 — 3/4.
20e —	Diamètre vertical............	5 cent. 1/2.
	— horizontal..........	4 —
21e —	Diamètre vertical............	5 cent.
	— horizontal..........	3 — 3/4.
22e —	Diamètre vertical............	6 cent. environ.
	— horizontal..........	3 — 3/4.
23e —	Diamètre vertical............	5 cent.
	— horizontal..........	3 — 1/2.
24e —	Diamètre vertical............	5 cent. 3/4.
	— horizontal..........	4 — 1/2.
25e —	Diamètre vertical............	5 cent. 1/2.
	— horizontal..........	4 —
26e —	Diamètre vertical............	5 cent. 1/2.
	— horizontal..........	3 — 3/4.
27e —	Diamètre vertical............	5 cent. 1/4.
	— horizontal..........	3 — 1/2.
28e —	Diamètre vertical............	5 cent. 1/2.
	— horizontal..........	3 — 1/4.
29e —	Diamètre vertical............	4 cent. 3/4.
	— horizontal..........	3 — 1/4.
30e —	Diamètre vertical............	6 cent.
	— horizontal..........	4 cent.

Diamètres vertical et horizontal chez l'homme.

1er Bassin.	Diamètre vertical............	5 cent. 3/4.
	— horizontal..........	3 — 1/4.
2e —	Diamètre vertical............	5 cent. 3/4.
	— horizontal..........	3 — 1/4.
3e —	Diamètre vertical............	5 cent. 3/4.
	— horizontal..........	3 — 1/2.
4e —	Diamètre vertical............	5 cent. 3/4.
	— horizontal..........	3 — 1/2.
5e —	Diamètre vertical............	5 cent. 3/4.
	— horizontal..........	3 — 1/4.

Ces mesures m'ont conduit à un résultat un peu différent de celui qui a été indiqué par quelques anatomistes, qui ont affirmé que le trou obturateur était plus petit chez la femme que chez l'homme.

Le trou obturateur est fermé, d'arrière en avant, par les parties suivantes : 1° complétement par le péritoine; 2° par l'aponévrose pelvienne, dans presque toute son étendue (une très-petite portion du canal sous-pubien exceptée); 3° par le muscle obturateur interne; 4° par la membrane obturatrice; 5° par le muscle obturateur externe.

1° Chez l'homme, la portion du *péritoine* qui correspond à la face pelvienne de la région obturatrice est assez uniformément tendue, et unie d'une manière assez intime par une couche mince de tissu cellulaire, au *fascia pelvia*. Chez la femme, et surtout chez les femmes âgées, ou qui ont eu plusieurs enfants, cette partie du péritoine est moins uniformément tendue; parfois elle offre des plis, et la couche de tissu cellulaire qui l'unit au *fascia pelvia* est plus lâche que chez l'homme. Parfois même, elle offre, à l'endroit correspondant à l'orifice interne du canal sous-pubien, une dépression, une sorte d'*infundibulum*, sur la disposition duquel je reviendrai plus loin.

2° Lorsqu'on a enlevé le péritoine de la face pelvienne de la région obturatrice, on découvre une membrane fibreuse, connue sous le nom de *fascia pelvia* (*aponévrose pelvienne*), qui, par sa face antérieure, correspond à la face postérieure du muscle obturateur interne. Ce fascia se prolonge sur la face interne de l'os du pubis et de l'ischion, et se confond avec le périoste. Ce fascia se continue encore avec l'aponévrose périnéale moyenne, et vient se terminer sur le bord falciforme du grand ligament sacro-sciatique. Ce fascia couvre tout le pourtour du trou obturateur, excepté dans le point correspondant à la gouttière sous-pubienne, où, réuni à la membrane obturatrice, il forme un *arc fibreux* qui convertit cette gouttière en un trou.

3° Au-dessous du fascia pelvia se trouve le *muscle obturateur interne*,

qui occupe la face postérieure du pubis et la fosse obturatrice interne, s'étend de la circonférence interne du trou obturateur à la cavité digitale du grand trochanter. Ce muscle s'insère en dedans, sur la face postérieure du pubis; au milieu, sur la membrane obturatrice, en arrière, sur la surface osseuse qui sépare le trou sous-pubien de l'échancrure sciatique, près de l'orifice interne du canal sous-pubien et à l'arcade aponévrotique, formée par la jonction des fibres du fascia pelvia et de la membrane obturatrice.

4° Après avoir enlevé le muscle obturateur interne, on découvre la *membrane obturatrice* ou *ligament obturateur*. Cette membrane ferme en grande partie le trou obturateur. Ce trou offre à sa partie supérieure une gouttière arrondie, creusée dans le corps du pubis, et nommée *gouttière sous-pubienne*.

Cette gouttière offre deux lèvres : l'antérieure se continue avec la demi-circonférence externe du trou sous-pubien; la postérieure se continue avec la demi-circonférence interne. Cette gouttière est fortement prononcée chez les sujets très-âgés. Chez la femme, elle est plus marquée que chez l'homme. Chez les enfants elle est peu apparente et il en existait à peine des indices sur l'os coxal d'un enfant de deux ans que j'ai examiné.

La membrane obturatrice s'insère sur le pourtour même du trou obturateur, à l'exception du point correspondant à la gouttière sous-pubienne. En rencontrant la gouttière sous-pubienne, la membrane obturatrice se fixe sur sa lèvre antérieure et postérieure, et se dessine, dans l'espace de cette gouttière, en forme de croissant ou d'arcade fibreuse, dont les bords se renversent en dedans, laissant ainsi un passage pour le nerf obturateur et les vaisseaux du même nom. Cette ouverture représente un anneau dont les deux tiers externe et supérieur sont osseux, et le tiers interne et inférieur est fibreux.

La membrane obturatrice en fermant le trou obturateur y représente une véritable aponévrose tendue de l'ischion au pubis, et destinée aux insertions des muscles obturateurs. Les fibres de cette mem-

brane offrent diverses directions et s'entre-croisent en divers sens. Sur plusieurs points elles forment des faisceaux distincts, et l'un d'eux, fort apparent, concourt avec l'arc falciforme du fascia pelvia, à former la moitié inférieure de l'orifice interne du canal sous-pubien.

On peut considérer, jusqu'à un certain point, comme une dépendance de cette membrane, un faisceau fibreux que je disignerai sous le nom de *petit ligament antérieur du trou obturateur*. Ce faisceau fibreux forme avec l'extrémité antérieure de la gouttière sous-pubienne l'orifice externe du canal sous-pubien. Ce faisceau, long d'environ 3 centimètres, est plus fort et plus résistant à son insertion externe, vers le rebord de la cavité cotyloïde, qu'à son insertion interne à une petite éminence sous forme d'épine que présente le trou obturateur. Ce petit ligament donne insertion à faisceau externe et profond du muscle obturateur externe.

Le muscle *obturateur externe* se trouve appliqué au devant du trou obturateur et sur la surfaee externe de la membrane obturatrice. Il est facile de s'assurer par une dissection attentive que les fibres de ce muscle se composent de deux plans de faisceaux, l'un beaucoup plus eonsidérable et plus superficiel, qui s'insère sur la partie antérieure du pubis, sur la lame qui borne en avant le trou obturateur, et sur la partie interne de la membrane obturatrice; l'autre beaucoup plus petit, situé profondément, très mince, et dont les fibres sont dirigés de haut en bas et de dedans en dehors, s'insère sur le petit ligament antérieur que j'ai décrit. Les fibres charnues de ce dernier faisceau se dirigent un peu moins obliquement que celles du précédent. (Pl. 12, fig. 2.) Le bord supérieur et externe du faisceau antérieur qui constitue presque en totalité l'obturateur externe ne s'insère point au petit ligament antérieur et peut être facilement déprimé, dans le cas de hernie sous-pubienne, lorsque la tumeur vient à franchir l'orifice externe du canal sous-pubien.

Canal sous-pubien. — J'ai déjà dit que lorsqu'on avait détaché la

portion du péritoine qui correspond à la région obturatrice interne, on apercevait une ouverture par laquelle les vaisseaux et le nerf obturateurs pénètrent de l'intérieur du bassin à la partie supérieure et interne de la cuisse. Cette ouverture est l'orifice interne d'un canal connu sous le nom de *canal sous-pubien,* et qui se dirige obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans.

La partie supérieure de ce canal est constituée par la gouttière osseuse dont j'ai parlé, et sa partie inférieure ou plancher est formée en dedans par l'arc fibreux commun au *fascia pelvia* et à la membrane obturatrice, et par conséquent par une portion de l'obturateur interne compris entre ces deux lames fibreuses; en avant par un petit arc formé par le ligament obturateur antérieur, et entre ces deux arcs par du tissu cellulaire adipeux plus ou moins abondant, et qui enveloppe les vaisseaux et nerfs obturateurs.

L'orifice interne du canal sous-pubien a la forme d'un ovale dont la grosse extrémité est en dehors et en arrière, et la petite en dedans et en avant. Le diamètre horizontal de l'*orifice interne* du canal sous-pubien est de 14 millimètres; et le diamètre vertical (hauteur) est de 9 millimètres. Le diamètre horizontal de l'*orifice externe* du canal sous-pubien est de 18 millimètres, et son diamètre vertical, à sa partie moyenne, est de 12 millimètres.

Quant à la longueur du canal sous-pubien, elle varie suivant qu'on la mesure de la partie interne de l'orifice abdominal à l'extrémité la plus voisine du pubis, ou de la partie externe de l'orifice abdominal du même canal à l'extrémité externe de l'orifice sous-pectinéal du même conduit. Mesuré dans la direction de son axe, la longueur du canal sous-pubien est de 2 centimètres.

Lorsqu'on dissèque les parties contenues dans le canal sous-pubien, chez un grand nombre de sujets de diffents âges, on ne tarde pas à être frappé de cette circonstance, qu'il existe de très-grandes différences dans la proportion de tissu cellulaire adipeux, et pour le dire en passant, l'atrophie de ce tissu adipeux est une des dispositions anatomi-

ques qui contribuent le plus à faciliter le développement de la hernie sous-pubienne, chez les vieillards amaigris.

L'*artère obturatrice*, avant de s'engager dans le canal sous-pubien, offre à son origine fréquemment des variétés. Elle n'aît habituellement de l'hypogastrique; d'autres fois elle provient de l'iliaque externe ou bien de l'épigastrique. Il résulte des observations de M. Manec, que l'obturatrice naît un fois sur six de l'une ou de l'autre de ces artères, et Frédéric Meckel dit que l'artère obturatrice émane tout aussi fréquemment de l'épigastrique que de l'iliaque interne. Ce célèbre anatomiste rapporte qu'il a vu l'obturatrice naître de la crurale dans le rapport de 1 à 16, comparativement aux cas où l'obturatrice naissait de l'épigastrique. Il a vu même l'obturatrice naître de l'artère fémorale, à 2 pouces au-dessous de l'arcade crurale. Suivant Monro, une fois sur dix, les artères obturatrice et épigastrique naissent toutes deux d'un tronc commun.

L'artère obturatrice, suivant son origine, éprouve dans son trajet des modifications dont il importe d'être prévenu. On comprend le danger qu'il y aurait de blesser cette artère en débridant en dedans, si elle naissait d'un tronc commun avec l'épigastrique; ou s'il arrivait qu'elle provînt directement de l'artère fémorale, etc.

Ces variétés sont aussi fréquentes dans un sexe que dans l'autre. Lorsque l'artère obturatrice naît d'un tronc commun avec l'épigastrique, elle descend perpendiculairement derrière le corps du pubis pour gagner la partie supérieure du trou obturateur. Si elle émane de l'hypogastrique, elle marche parallèlement au détroit supérieur du bassin qu'elle côtoie jusqu'au canal sous-pubien. Si, comme l'a vu Frédéric Meckel, elle naît de l'artère fémorale à 2 pouces au-dessous de l'arcade crurale, elle se courbe en anse, remonte en sens contraire de la fémorale, et entre dans le bassin par l'anneau crural. Dans le bassin, elle contourne le corps du pubis en le comprenant dans une anse, pour passer par l'ouverture interne du canal sous-pubien. Elle se divise, soit avant de pénétrer dans ce canal, soit

dans son intérieur, en deux branches d'inégale grosseur, dont l'une est *interne* et l'autre *externe.*

Avant de pénétrer ou en entrant dans le canal sous-pubien, l'artère obturatrice fournit plusieurs branches, dont les unes vont se terminer dans le muscle et la fosse iliaques, dont les autres se dirigent derrière le pubis pour s'anastomoser avec celles du côté opposé : ces branches sont peu volumineuses.

La *branche interne* de l'artère obturatrice descend entre le muscle obturateur externe et les branches du pubis et de l'ischion, cernant la demi-circonférence interne du trou obturateur; elle va ainsi s'anastomoser avec l'artère circonflexe interne. Dans ce trajet, elle donne des rameaux au périoste du pubis, en fournit d'autres au muscle obturateur externe, aux adducteurs, au pectiné et au grêle interne. Des rameaux vont aussi se distribuer à la peau de la région interne de la cuisse, chez la femme à la peau de la partie supérieure des grandes lèvres, et chez l'homme à la peau des bourses.

La *branche externe* offre une disposition analogue, en circonscrivant dans un demi-cercle la demi-conférence externe; mais descendue vers la tubérosité sciatique, elle se contourne en dehors pour s'anastomoser avec l'artère du même nom. Comme la précédente, elle marche derrière l'obturateur externe. Dans ce trajet, cette branche fournit des rameaux aux muscles obturateurs pour lesquels elle paraît quelquefois exclusivement destinée; elle en fournit aussi à la capsule de l'articulation coxo-fémorale : un de ces rameaux entre même dans l'articulation par l'échancrure interne du rebord de la cavité cotyloïde, et va se distribuer dans la petite masse adipeuse qui occupe le fond de cette cavité.

Le *nerf obturateur* est fourni par le plexus lombaire. Formé par le second, le troisième et le quatrième nerfs lombaires, ce nerf, près de son origine, traverse le psoas et s'applique contre la paroi de l'excavation du bassin qu'il suit jusqu'au trou obturateur; là, il pénètre par le canal sous-pubien, avec la veine et l'artère obturatrices. Avant de

traverser ce canal, le nerf obturateur donne un rameau au muscle obturateur interne, et vis-à-vis du muscle obturateur externe, il en fournit un autre à ce dernier. Enfin, sorti du canal sous pubien, après avoir fourni ces deux branches aux deux muscles qui doublent la membrane obturatrice, le nerf obturateur se divise aussi en deux branches terminales. La branche *antérieure* donne des rameaux au pectiné, au petit adducteur. Dans l'un des cas de hernie sous-pubienne que j'ai vus, les rameaux du pectiné étaient assez volumineux. (Voyez pl. 1.) Après avoir fourni à ces deux muscles, la branche antérieure du nerf obturateur se divise en trois rameaux, l'un pour le petit adducteur, l'autre pour le premier adducteur, le troisième marche vers le muscle grêle interne. La branche *postérieure* offre un trajet moins compliqué et va se perdre dans le troisième ou grand adducteur.

Pendant son trajet dans le bassin, le nerf obturateur est situé sous le péritoine, et marche enveloppé de tissu cellulaire. Les rapports qu'affecte le nerf avec les vaisseaux obturateurs en traversant le canal sous-pubien sont les suivants : le nerf occupe la partie externe, la veine est située au côté interne du nerf, et l'artère en dedans de la veine.

Les vaisseaux et le nerf que nous venons de décrire sont enveloppés, dans leur trajet intra-pelvien, par du tissu cellulaire, et revêtus par le péritoine.

En avant et *dans le voisinage* de l'orifice externe du canal sous-pubien, on trouve des muscles et d'autres parties qui ont des rapports immédiats avec la hernie sous-pubienne, lorsqu'elle a franchi l'orifice externe du canal : ce sont l'obturateur externe, le pectiné et les trois adducteurs (moyen, petit et grand), que les auteurs du siècle dernier, Garengeot, Günz, Heister, etc., regardaient comme un même muscle, qu'ils nommaient *triceps*, entre les têtes antérieures duquel ils supposaient que pénétrait la hernie, quand elle devenait très-manifeste à l'extérieur.

J'ai déjà dit que le bord supérieur du muscle *obturateur externe*

passe immédiatement au-dessous de l'orifice externe du canal sous-pubien et au-devant de la portion correspondante de la membrane obturatrice. Il résulte de là que le muscle obturateur externe doit être facilement déprimé par les parties qui forment la hernie sous-pubienne lorsqu'elle est volumineuse, et qu'il ne doit opposer qu'une faible résistance à leur sortie.

Le muscle *pectiné* recouvre par son bord inférieur l'obturateur externe. Ce muscle s'attache à l'épine du pubis, sur le rebord antérieur du même os, à la crête pectinéale et à la surface triangulaire qui se trouve au-devant. Il descend de haut en bas et de dedans en dehors pour aller s'insérer au-dessous du petit trochanter dans l'espace qui sépare cette éminence de la ligne âpre du fémur. En marchant ainsi de son insertion pelvienne à son insertion fémorale, ce muscle s'étale comme une lame au-devant de l'orifice du canal sous-pubien : il concourt ainsi de haut en bas sur l'obturateurexterne, à fermer l'orifice externe du canal sous-pubien. C'est sous le bord inférieur et la face postérieure du pectiné qu'elle soulève que la hernie sous-pubienne vient se placer. Un feuillet profond de l'aponévrose fémorale revêt le muscle pectiné, et lui forme une sorte de gaîne. En dehors, près de l'articulation coxo-fémorale, l'extrémité interne du pectiné est recouverte par la terminaison des muscles psoas-iliaques.

Le *moyen adducteur* ou premier adducteur, le plus superficiel semble être la continuation du pectiné, avec lequel il paraît se confondre. Comme le précédent, il s'attache sur l'épine du pubis, et va de là s'insérer à la ligne âpre du fémur. Il a aussi, comme le pectiné, des rapports très-importants avec la hernie sous-pubienne. qu'il recouvre en partie. Ce muscle, placé sur un même plan que le pectiné, unit son bord supérieur au bord inférieur de ce dernier; ces deux bords sont unis par du tissu cellulaire lâche, et leur séparation peut se faire avec assez de facilité. C'est entre ce muscle et le pectiné que quelques auteurs ont proposé de porter l'incision pour arriver au sac herniaire, dans le cas de herniotomie sous-pubienne. En effet, en pénétrant

ainsi, on arrive dans un petit espace bien circonscrit, triangulaire, où la hernie se trouve située.

Le *petit adducteur,* second adducteur, se trouve situé sous le pectiné et sous le moyen adducteur. Il s'insère au-dessous de l'épine du pubis, en dedans de l'obturateur externe, et va de là à la partie moyenne de la ligne âpre du fémur, mêler ses insertions à celles des deux autres adducteurs superficiels.

La face postérieure de la hernie sous-pubienne repose en partie sur ce muscle, quand le sac a franchi le bord supérieur du muscle obturateur externe. Dans l'un des cas de hernie sous-pubienne dont j'ai été témoin dans le service de M. Rayer, le sac avait contracté de fortes adhérences avec ce muscle.

Enfin cette région est complétée par le muscle *grand adducteur* ou troisième adducteur, qui occupe la partie profonde et interne de la cuisse, et qui, des branches ascendante de l'ischion, descendante du pubis et de l'extrémité inférieure de l'ischion, va, en tapissant la face interne et postérieure de la cuisse, s'insérer à l'interstice de la ligne âpre du fémur et au condyle interne de cet os. C'est sur une petite partie de la face antérieure de ce muscle, dans un intervalle ménagé par le bord supérieur du petit adducteur, que la face postérieure du sac herniaire s'appuie quelquefois; mais dans ce rapport, il est encore séparé de ce muscle par une couche de tissu cellulaire.

Si, comme on l'a fait avec raison, on comprend le pectiné parmi les adducteurs, et qu'on en compte quatre, deux superficiels (pectiné et moyen adducteur), deux profonds (petit et grand adducteur), nous dirons, pour nous résumer sur la position de ces muscles avec la hernie sous-pubienne, que celle-ci, après avoir franchi le bord de l'obturateur externe, se trouve comprise entre les deux couches formées par les adducteurs superficiels et les adducteurs profonds.

Les tendons réunis des muscles psoas et iliaque, en descendant à leur insertion fémorale, passent sur la partie externe du pectiné, qu'ils pressent fortement. Cette circonstance, et la direction particulière du

canal sous-pubien, font que la tumeur herniaire se dessine vers la partie supérieure du muscle pectiné, en soulevant son bord inférieur.

L'artère fémorale ne s'appuie que sur la partie la plus inférieure et la plus externe du muscle pectiné; elle marche en dehors, contre les faisceaux réunis des muscles psoas iliaques. Ces rapports, comme on le voit, l'éloignent bien de l'endroit vers lequel est située la tumeur herniaire dans le cas de hernie obturatrice, puisque celle-ci vient s'offrir près de l'insertion supérieure du pectiné. Le danger de blesser l'artère fémorale, signalé par quelques auteurs, me paraît donc un peu exagéré. L'artère circonflexe du fémur, dont les rameaux viennent se distribuer dans les muscles pectiné et adducteur superficiel ou premier adducteur, la seule artère émanant de la fémorale qui puisse être ouverte dans les premiers temps de l'opération. La blessure de ces rameaux artériels n'amènerait point uue hémorrhagie sérieuse. D'ailleurs, en opérant, on peut toujours en faire la ligature.

Les muscles dont nous venons de parler, et l'artère fémorale, sont recouverts à l'extérieur, par une aponévrose forte, résistante, le *fascia lata*, qui toutefois s'amincit vers la partie interne de la cuisse. Cette aponévrose présente, au-dessous du pli de l'aine, une ouverture pour le passage de la veine saphène. Cette veine, qui marche immédiatement sous la peau, à la partie supérieure et interne de la cuisse, se trouve toutefois en dehors de l'incision nécessaire pour arriver au sac herniaire, dans l'opération de la hernie sous-pubienne : au reste, si elle était ouverte, l'hémorrhagie pourrait être facilement arrêtée.

Une couche de *tissu cellulo-graisseux* s'interpose entre le fascia lata et la peau. Elle varie d'épaisseur : très-considérable chez certains sujets, et chez certaines femmes d'un âge mur en particulier, elle est très-mince chez celles qui sont parvenues à la vieillesse. C'est dans cette couche que se trouvent disséminés un nombre plus ou moins considérable de *ganglions lymphatiques*, dont la tuméfaction peut, comme je l'ai vu, accompagner l'existence d'une hernie sous-pubienne. Ces ganglions peuvent être une cause d'erreur, soit en voilant la tumeur, soit en imposant pour elle dans quelques cas.

La *peau* qui recouvre l'endroit où se forme la hernie sous-pubienne, unie et tendue chez les jeunes sujets, surtout chez les femmes douées d'embonpoint, est lâche, et légèrement plissée chez les vieillards.

III.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES DANS LES CAS DE HERNIE SOUS-PUBIENNE.

Ces altérations sont de deux ordres : les unes sont relatives à la *hernie ;* les autres à des *complications* plus ou moins graves. 1° C'est toujours à travers le canal sous-pubien que se forme la *hernie* sous-pubienne. En analysant avec soin tous les cas de hernie obturatrice publiés jusqu'à ce jour, je n'en ai point remarqué dans lesquels l'intestin se soit échappé à travers une éraillure du fascia pelvia, du muscle obturateur interne et de la membrane obturatrice.

La *formation du sac* dans la hernie sous pubienne n'a pas encore été étudiée avec tout le soin désirable. Je crois que dans la majorité des cas un travail lent et permanent prépare la formation du sac longtemps avant qu'une portion de l'épiploon ou de l'intestin y *reste engagé* ou y *séjourne* habituellement. La membrane obturatrice et le canal sous-pubien sont conformés de telle manière pour le passage de dedans au dehors des vaisseaux et du nerf obturateurs qu'on ne saurait nier qu'il n'en résulte, dans les cas d'atrophie du tissu cellulaire graisseux du canal, une tendance constante du péritoine à s'invaginer à travers l'ouverture vers laquelle le poussent les parties qui tendent à faire hernie. A mesure que le canal sous-pubien se relâche ou s'agrandit, sous l'effort des viscères, le péritoine s'engage plus avant dans le passage qui lui est ouvert, le distend, et finit par former dans cette partie un *infundibulum* en forme de doigt de gant ou de dé à coudre. Cette disposition du canal sous-pubien et de la portion du péritoine qui lui est contiguë *existe fréquemment chez*

les vieillards sans qu'ils portent pour cela véritablement de hernie sous-pubienne, ou au moins *sans qu'on trouve à l'ouverture* des cadavres de portion d'intestin ou d'épiploon *engagés dans le canal sous-pubien.* Mais ce sac une fois formé, on comprend qu'une portion d'intestin ou d'épiploon peut y *demeurer engagée* et donner lieu à tous les accidents des *hernies.*

Hommel, Cassebohm et Lawrence, ont considéré cet *infundibulum* comme une espèce de hernie obturatrice dont le sac était vide; mais cela n'est pas démontré pour tous les cas. Quoi qu'il en soit, Hommel est le premier qui ait constaté cette disposition du péritoine à l'entrée du canal sous-pubien. Lorsque cet anatomiste était prosecteur dans l'amphithéâtre de Strasbourg, il fit voir à Garengeot une pièce préparée qui comprenait la portion du péritoine correspondant aux trous obturateurs, et sur laquelle, *à l'endroit de chaque trou obturateur,* dit ce chirurgien, *le péritoine s'enfonçait et formait deux sacs capables de contenir chacun un gros œuf de pigeon.* Le même fait, sans doute, fut rapporté à Zach. Vogel par Hommel dans une lettre dont l'auteur allemand cite le passage suivant : « M. Hanhard, mon ami et moi, en disséquant un cadavre de femme, nous avons découvert *une sorte de hernie,* au sujet de laquelle je n'ai jamais rien lu, ni entendu, et sur laquelle les traités de hernies ne nous apprennent rien. Je puis parler d'après ma propre observation : nous avons trouvé une double hernie dans les deux trous ovales, le sac de la hernie avait pénétré entre le pectiné et le triceps, et sa grosseur était celle d'un petit œuf de poule. J'ai préparé et conservé ces parties, et je veux les faire dessiner. » Hommel ne dit pas qu'il y eût une portion d'intestin contenue dans ces sacs.

Vogel dit aussi, dans le même ouvrage, que le professeur Cassebohm, qui de son temps était prosecteur à Berlin, avait *plusieurs fois trouvé des indices de ces hernies* dans les cadavres. Camper semble avoir le premier entrevu que cette disposition, à laquelle il donne même le nom de *dilatation du péritoine,* est plus commune qu'on ne le pense. Voici la manière dont il s'exprime : « Memini me in cadavere macilenti

« senis peritonæi dilatationes profundæ obturantia vasa juxta sinum « ingredientes in utroque latere vidisse; forsan frequentiores quam qui- « dam credunt. »

M. Lawrence rapporte qu'un cadavre présentait de chaque côté à l'orifice du canal sous-pubien une petite cavité capable de recevoir l'extrémité du petit doigt.

Dans ces derniers temps, M. Cruveilhier a rapporté à la Société anatomique un fait qui vient encore appuyer la distinction que nous établissons entre la *hernie véritable et permanente* et l'*infundibulum et les sacs vides du péritoine*, qui peuvent précéder ou suivre la hernie. Ce savant professeur trouva, sur une femme de soixante et quinze ans, à l'endroit du trou ovale de chaque côté, *deux sacs vides*. M. Cruveilhier ajoute qu'il serait porté à croire que dans ces cas la formation du sac précède l'introduction des intestins dans son intérieur.

Cette dernière disposition du péritoine à l'orifice interne du canal sous-pubien est assez fréquente, surtout dans un âge avancé, pour qu'on ne dût pas regarder comme rare la hernie sous-pubienne, *si on admettait ces cas de sacs vides, plus ou moins volumineux, comme des exemples de hernies passagères* et naturellement réduites.

Dans les recherches anatomiques auxquelles je me suis livré, j'ai rencontré plusieurs fois cette disposition du péritoine en *infundibulum* à l'endroit du canal sous-pubien, principalement chez les vieilles femmes; j'en ai dessiné un exemple assez remarquable qui existait du côté gauche chez l'une d'elles, âgée de soixante et quinze ans. (Voyez pl. 11, fig. 4.)

Cet *infundibulum* du péritoine à l'endroit des canaux sous-pubiens peut avoir des dimensions variables; la plus grande étendue qu'elle puisse atteindre sans renfermer une hernie est celle d'un œuf de pigeon (Hommel). Plus ordinairement son volume est moindre et permet à peine l'introduction de l'extrémité du petit doigt.

On a vu le *sac herniaire* acquérir, comme dans le fait de Garengeot, un *volume* très-considérable. Le sac était très-volumineux aussi chez le malade de Dupuytren; et dans le fait de Garengeot, la mesure exté-

rieure, qui certainement était bien incomplète, donna une étendue de 5 à 6 pouces de longueur.

D'autres fois le sac était *si petit* qu'une des surfaces de l'intestin paraissait seulement pincée, et son calibre incomplétement obstrué ; dans d'autres cas, sans être aussi petit, il n'était pas pourtant sensible au dehors. Ces diverses dimensions du sac herniaire ont été comparées par les auteurs à celles d'un petit œuf de poule, d'un gros œuf de pigeon, ou d'une noisette (*tumorem nucem avellanam magnitudine vix æquantem sentit,* Eschenbach), ou d'une muscade (Astley Cooper). Dans le premier cas que M. Rayer eut occasion d'observer à la Charité, la hernie, dégagée des parties molles, égalait le volume d'un petit œuf de poule. Enfin, chez la femme morte dernièrement dans le service de M. Manec, le sac était très-petit. La maigreur, la vieillesse, etc., peuvent favoriser le développement de la hernie sous-pubienne et l'augmentation de son volume. Lorsqu'il s'est formé un *infundibulum* ou une véritable hernie qui s'est une ou plusieurs fois réduite spontanément, l'intestin, en faisant irruption dans cet *infundibulum* ouvert devant lui, le dilate, l'allonge, l'agrandit, et forme une hernie plus ou moins considérable. Lorsque, au contraire, la hernie sous-pubienne se forme tout d'un coup, le sac peut être assez petit pour que la hernie ne fasse point de saillie à l'extérieur, et que l'intestin soit seulement pincé à sa circonférence.

Suivant son ancienneté, suivant qu'il a été ou non le siége d'inflammations plus ou moins vives, le sac peut être plus ou moins adhérent aux parties contiguës à sa face interne ou à sa face externe.

Le péritoine, en se prolongeant dans le canal sous-pubien, rencontre d'abord l'arcade fibreuse commune au fascia pelvia, à la membrane obturatrice et au muscle obturateur interne placé entre ces deux membranes. C'est sur cet arc fibreux que repose, en bas, le collet du sac de la hernie, tandis que, en haut, dans les deux tiers supérieurs et externes, le collet du sac est en rapport avec le périoste qui tapisse la gouttière sous-pubienne. Lorsque le fond du sac a franchi l'orifice

externe du canal sous-pubien, il peut se comporter de deux manières différentes : dans les cas observés par M. Cruveilhier et par M. Demeaux, et dans celui que j'ai étudié dernièrement, le fond de la hernie obturatrice était situé entre la membrane obturatrice et le muscle obturateur externe; dans le cas que j'ai disséqué (pl. 8), la hernie, ainsi engagée entre la membrane obturatrice et le muscle dont j'ai parlé, refoulait ce dernier, qui s'arrondissait au-devant d'elle, et se trouvait, ainsi que le muscle, dans une masse épaisse de tissu cellulaire. En pressant sur cette partie arrondie, on sentait la résistance élastique que donne une petite poche remplie d'air. Dans tous ces cas, le fond de la hernie obturatrice était en rapport avec la face postérieure du muscle obturateur externe, et soulevait le pectiné.

Dans d'autres cas, la hernie, encore plus développée à l'extérieur, déprime le bord supérieur du muscle obturateur externe, et la face postérieure du sac appuie en partie sur la face antérieure de ce muscle; le fond de la hernie appuie sur le petit adducteur, et touche même, au-dessus du bord supérieur du petit adducteur, à une petite portion de la face antérieure du grand adducteur qu'on aperçoit à cet endroit. Ces rapports étaient exactement tels que je les décris dans un cas que j'ai étudié avec soin dans le service de M. Rayer. (Voy. pl. 1 et 2.) Dans ce cas, la face antérieure et supérieure du sac était recouverte par le muscle pectiné, qui descendait du pubis sous la forme d'une lame, et s'appliquait sur la hernie. (Voy. pl. 1 ; ce muscle est relevé avec deux érignes pour mieux laisser voir la hernie.)

Des adhérences se forment quelquefois entre la face antérieure du sac herniaire et la face postérieure du muscle pectiné. Tant que la hernie demeure sous le pectiné, elle est aussi bornée en avant, et un peu à sa face antérieure et externe, par le muscle moyen adducteur ou deuxième adducteur superficiel. Mais la hernie peut, dans quelques cas rares, soulever le bord inférieur du muscle pectiné, et se faire un passage entre ce muscle et le bord supérieur du muscle moyen adducteur. On

conçoit qu'alors les rapports de la hernie avec ce dernier muscle ne soient plus les mêmes. Ces cas n'ont pas été constatés sur le cadavre, mais il est probable que les choses se passèrent ainsi dans les cas cités par Garengeot et Eschenbach, et dans lesquels la hernie formait une saillie au-dessous de la peau.

Les *rapports de l'artère, de la veine et du nerf obturateurs* avec le sac herniaire n'ont pas été étudiés par les premiers observateurs qui trouvèrent sur le cadavre des hernies sous-pubiennes. Günz, le premier, signala le danger de blesser l'artère obturatrice. « Ac si adeo ab « inferiore debet, aqua ligamentum transversum est, poterit ne facil- « lime sacco subjecta arteria discindi ? Quæ, cum sæpe eximiæ magni- « tudinis sit, debet, non minus ac epigasteria, evitari. »

Heister dit aussi qu'en faisant l'opération, on doit bien prendre garde de blesser une artère considérable qui passe par le trou ovalaire, et dont la lésion pourrait occasionner une hémorrhagie dangereuse.

Ce danger signalé, il fallait rechercher avec soin les rapports des vaisseaux avec le sac; et pourtant cette étude a été plus tard négligée. Ainsi Heuermann (1773) rapporte avoir fait la préparation d'une hernie obturatrice et ne signale pas les rapports des vaisseaux. A. Cooper est le premier qui ait donné des détails précis sur ce point. Voici la position des vaisseaux dans le cas qu'il rapporte : « L'artère obturatrice et le nerf étaient situés *en arrière du collet du sac et un peu à son côté interne.* » Après Astley Cooper, Lawrence fixa également son attention sur les rapports de l'artère obturatrice ; il dit : « Dans ce cas, comme dans celui de Cooper, les vaisseaux sous-pubiens étaient derrière le sac. » M. Hipp. Cloquet décrivit aussi avec soin la situation des vaisseaux obturateurs dans la hernie obturatrice qu'il observa sur un cadavre. Ayant injecté les vaisseaux par l'artère iliaque, il constata que les vaisseaux obturateurs se trouvaient placés *en arrière et en dehors du sac.* M. Jules Cloquet nota plus soigneusement encore ce point anatomique, dans un autre cas : « Les vaisseaux obturateurs qui naissaient des artère et veine hypogastriques étaient placés avec le nerf obturateur, *en dehors et en arrière* du collet du sac,

et l'artère obturatrice, au-dessous de ce collet, se divisait en deux branches: une inférieure qui passait derrière le sac pour aller se distribuer au muscle obturateur externe et au petit adducteur; l'autre, passant également derrière le sac, se contournait à sa partie interne au niveau de son rétrécissement et revenait ensuite au devant de lui pour se porter au muscle pectiné. » Dans les cas de Gadermann, « l'artère obturatrice naissait de l'épigastrique et marchait d'abord à la partie interne, puis *au devant* du sac. » Dans celui de Maréchal il est dit tout simplement que le sac était circonscrit *postérieurement* par l'artère et le nerf obturateurs. Dans le fait de M. Smith (1830), la veine et l'artère marchaient sur la partie *inférieure et postérieure* du sac. M. le professeur Cruveilhier observa, sur le sujet qui succomba à la Salpêtrière à une hernie obturatrice, que « le nerf et les vaisseaux sous-pubiens étaient situés au *côté externe* et *antérieur* du sac, le nerf en avant et les vaisseaux en arrière. » (Pl. 6, fig. 1.) M. Cruveilhier tire de cette position des vaisseaux la conséquence chirurgicale suivante: *débrider en bas et en dedans.* Rust a vu le sac herniaire situé à la face interne et au devant des vaisseaux du trou obturateur. M. Demeaux a étudié très-attentivement le rapport des vaisseaux obturateurs, et il signala une disposition de l'artère à tourner en spirale de la partie externe à la partie interne: « En soulevant le péritoine pour arriver jusqu'à l'ouverture (du trou sous-pubien), on voit immédiatement, en dehors de la hernie, le nerf obturateur accolé contre le sac; un peu plus bas et encore un *peu en dehors*, on voit l'artère obturatrice, et enfin, encore en bas et un peu en dedans, on voit la veine du même nom. Examinés hors du bassin, les rapports ne sont pas les mêmes; immédiatement en bas, on aperçoit le nerf; *l'artère se trouve tout à fait en dedans;* la veine se trouve directement en haut: il résulte de cette disposition que les vaisseaux et le nerf contournent la hernie en décrivant autour d'elle une demi-spirale. » Dans le cas de M. Bouvier, les vaisseaux et nerfs obturateurs offrirent la même disposition; voici comment elle est exposée par M. Fiaux: « Les rapports du nerf, de l'artère et de la veine entre eux sont tels qu'en dehors se trouve le

nerf accolé à la face externe du trou sous-pubien, plus en dedans et en bas l'artère obturatrice longée à son côté interne par la veine du même nom. Dans le bassin et le trajet sous-pubien, le collet du sac affecte les mêmes rapports ; en effet, le péritoine décollé, l'on trouve directement en dehors, et comme accolés à son côté externe, le nerf obturateur, lequel conserve ce rapport dans toute son étendue, tandis qu'en arrière et un peu en dedans se voient l'artère et la veine obturatrices. Au sortir de la gouttière sous-pubienne, ces connexions ne restent pas les mêmes : en bas et en dehors on aperçoit le nerf, tandis que les vaisseaux obturateurs contournent la tumeur de bas en haut et de dehors en dedans, de manière à se placer directement à son côté interne. » Chez la femme qui fut le sujet de notre première observation, recueillie dans le service de M. Rayer, l'artère obturatrice provenait de l'épigastrique, descendait derrière la branche du pubis, et arrivée au canal par lequel elle doit sortir, elle se bifurquait (pl. 2 et 3) et embrassait par ses deux branches (la branche interne était la plus volumineuse) la partie supérieure du collet du sac : un débridement, soit en dedans, soit en dehors, aurait divisé l'artère. Le nerf obturateur était au-dessus du collet du sac, et à l'extérieur du bassin il était placé au côté externe et antérieur de la hernie, au-dessus du pectiné. Une branche de l'artère (la branche externe) existait entre la hernie et le pectiné. Pour opérer le débridement avec sûreté, il aurait fallu le pratiquer *en bas*. Dans le cas observé par le docteur King, de Brighton, l'artère et le nerf étaient situés *derrière* le sac. Chez la femme dont l'observation m'a été communiquée par M. Manec, les vaisseaux et nerfs obturateurs étaient à la *partie interne* de la tumeur. Enfin, dans le cas que j'ai disséqué dernièrement à l'hôpital de la Charité, le nerf obturateur était situé à la partie externe du sac, la veine en dedans du nerf, et l'artère obturatrice en dedans de la veine. Le nerf était situé au côté externe du collet; en passant sous le pubis, il s'étalait à la face externe et antérieure du sac à la manière d'un ruban. (Pl. 8, N.) L'artère, d'un calibre extrêmement petit, se divisait en deux branches qui embras-

saient le collet du sac, en passant *l'une au côté externe, l'autre au côté interne;* la branche interne était plus volumineuse que la branche externe; cette dernière était, pour ainsi dire, ténue comme un fil. Dans ce cas, comme dans celui que j'ai cité plus haut, on aurait dû débrider inférieurement.

Il résulte de ces recherches anatomiques que six fois l'artère était située *en dehors* du collet du sac (H. Cloquet, J. Cloquet, Cruveilhier, Rust, Demeaux et Bouvier), six fois cette artère se trouvait *en dedans* du sac (A. Cooper, Lawrence, J. Gadermann, Rayer, Manec, Vinson); enfin, dans trois autres cas, il est dit que l'artère était *derrière* le sac, sans spécifier si elle était en dehors ou en dedans (Maréchal, Smith, King).

J'ai cru devoir mettre les deux cas de M. Rayer parmi ceux où l'artère était au côté interne du sac, puisque la branche la plus volumineuse de la bifurcation de cette artère passait en dedans du collet du sac et que la branche externe était plus petite; dans le cas que j'ai observé dernièrement, la branche externe offrait la ténuité d'un fil.

Le trajet du nerf obturateur à travers le canal sous-pubien et la compression que lui fait éprouver la hernie expliquent les douleurs sourdes, les crampes et les engourdissements que les malades ont éprouvés dans plusieurs cas de hernie par le trou obturateur. Dans un des cas de hernie sous-pubienne que j'ai observés, le *nerf obturateur,* en passant dans le canal sous-pubien, s'était aplati, à la manière d'un ruban, et il se contournait sous cette forme sur la face antérieure du sac. (Pl. 8.)

Les *parties contenues dans le sac herniaire* sont le plus souvent l'intestin grêle et quelquefois l'intestin et l'épiploon. Dans un cas cité par Günz, et attribué à Albinus, on a vu la hernie sous-pubienne formée par la vessie. Rust indique l'ovaire parmi les parties que le sac herniaire peut contenir; mais je n'ai pu trouver d'exemple de cette dernière disposition.

Dans le cas de Duverney, et qui fut le premier dont on observa après la mort les parties herniées, on trouva dans le bassin d'une femme deux portions d'intestin qui avaient repoussé le péritoine à travers la partie supérieure du trou ovale et des deux côtés; chez la demoiselle citée par Garengeot et qu'opéra Arnaud, au rapport de Malaval, la hernie se trouvait formée par l'intestin qui était réductible et par l'épiploon qu'on ne pouvait réduire. Ce fut (chose difficile à justifier) cette circonstance qui parut nécessiter l'opération.

Dans le fait d'Albinus, cité par Günz, il est dit que la hernie était formée par la vessie (*vesicam per foramen ovale devolui in femina*). Dans le cas d'Hommel, cité par Garengeot et par Vogel, on trouva, à l'endroit du trou obturateur, des sacs vides capables de contenir l'intestin ; mais il n'est pas dit que l'intestin y était contenu.

Sur le cadavre du jeune homme dont parle Klinkosch, la hernie obturatrice était formée par l'épiploon et l'intestin.

Heuermann dit que, chez la femme qui fut le sujet de son observation, la hernie était formée par une portion d'intestin qui avait environ un doigt et demi de longueur.

A. Cooper ne dit pas quelle partie formait la hernie qu'il observa.

Dans le cas de M. Lawrence, c'était un infundibulum (une petite cavité) qui ne contenait rien.

Dans le fait de M. Hipp. Cloquet, la hernie était formée par une portion considérable d'épiploon, derrière laquelle se glissait une anse d'iléon.

M. J. Cloquet trouva également, dans le cas qu'il examina, que la hernie était formée par une anse d'intestin grêle et une portion d'épiploon.

Dans le fait de hernie sous-pubienne vu par M. Breschet, il est dit que la hernie avait été produite par l'issue d'une petite portion d'intestin grêle par l'ouverture sous-pubienne du côté gauche.

Chez la femme dont parle Gadermann, le sac contenait une anse des intestins grêles. Chez celle de Maréchal, l'épiploon, tiré vers la région inguinale gauche, imprimait un sillon sur les intestins; son

extrémité était engagée dans le trou ovale ainsi qu'une anse de l'iléon.

Dans l'observation de Smith, c'était l'intestin grêle qui formait la hernie.

Dans celle de M. Cruveilhier, c'était une anse d'intestin qui s'engageait dans le canal sous-pubien : la portion du viscère déplacée était située à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'intestin grêle.

Chez la femme qu'observa M. W***, une petite portion de l'iléon était également passée à travers le trou obturateur.

Dans le fait de M. Bouvier, c'était encore l'intestin, mais qui avait entraîné une portion du mésentère.

L'intestin grêle formait aussi la hernie dans les cas de MM. Wetherfield, King, Manec.

Dans les deux cas que j'ai observés à la Charité, la hernie était également formée par une portion de l'intestin grêle.

En résumé, sur 20 cas de hernie obturatrice examinés après la mort, on a trouvé la hernie obturatrice formée 14 fois par l'intestin, 5 fois seulement par l'intestin grêle et l'épiploon, une fois par la vessie.

Cas où la hernie sous-pubienne était formée par l'intestin.

Duverney	2 cas.
Heuermann	1
Breschet	1
Gadermann	1
Smith	1
Cruveilhier	1
W***	1
Bouvier	1
Wetherfield	1
King	1
Manec	1
Rayer	2
TOTAL...	14 cas.

Cas où la hernie sous-pubienne était formée par l'intestin et l'épiploon.

Malaval	1 cas.
Klinkosch	1
Hipp. Cloquet	1
J. Cloquet	1
Mareschal	1
TOTAL...	5 cas.

Cas où la hernie sous-pubienne était formée par la vessie.

Albinus	1 cas.
TOTAL...	1 cas.

Le sac et les parties qu'il contient peuvent offrir diverses altérations. Dans l'observation de Malaval, citée par Garengeot, l'épiploon était irréductible, peut-être à cause d'adhérences qu'il avait contractées avec l'intérieur du sac; ce qu'il y a de certain, c'est que dans d'autres cas de hernie sous-pubienne, des adhérences existaient entre le sac et les viscères qui étaient contenus dans sa cavité. Dans le cas de M. W***, il est dit que la portion d'iléon qui formait la hernie présentait de fortes adhérences avec les parties voisines : dans celui de Gadermann, cette adhérence commençait au pourtour du trou sous-pubien.

Un des cas que j'ai observés dans le service de M. Rayer à la Charité offrait un exemple remarquable de ces adhérences : elles étaient formées par des brides celluleuses qui rayonnaient de la circonférence du sac vers toutes les parties musculaires qui l'entouraient; la face antérieure du sac offrait, même après la dissection, des traces visibles de cette union avec les parties voisines. Un appendice celluleux, très-résistant, de la grosseur et de la forme d'un pois, situé à l'extrémité du sac (pl. 1, D.), aurait été un obstacle invincible à sa réduction.

D'autres fois le sac présente des désordres plus graves. Dans le fait de

Gadermann, tout le sac était sphacélé, et offrait plusieurs perforations. Il contenait un ichor fétide qui avait passé au travers des déchirures, et s'était répandu dans les muscles voisins jusqu'au milieu de la cuisse. Dans le cas de M. Bouvier, la tumeur était infiltrée de pus, et offrait aussi des traces évidentes de gangrène.

Dans le cas que j'ai observé dernièrement à l'hôpital de la Charité, le sac herniaire offrait une rougeur intense et livide dans plusieurs points ; ailleurs il était comme marbré et parsemé de taches noires : un liquide sanieux remplissait sa cavité.

Dans d'autres cas, au contraire, la tumeur herniaire n'offrait pas de désordres aussi grands : tel était celui de M. Manec. Les premiers accidents avaient suffi pour faire périr la malade, déjà affaiblie par d'autres causes; le sac n'offrait pas de lésions pathologiques considérables.

Le tissu cellulaire dans lequel le sac est enveloppé offre quelquefois des lésions analogues aux cas précédents.

Les *muscles* contigus au sac herniaire sont soulevés ou écartés. Cet écartement peut être porté au point que la hernie vienne faire une saillie manifeste sous la peau.

2° De toutes les *complications* de la hernie sous-pubienne, la plus fréquente est la péritonite. Elle a été notée dans presque tous les cas de hernie sous-pubienne étranglée, ainsi qu'on peut s'en convaincre en parcourant les observations que j'ai rassemblées dans cette dissertation : il me suffira d'en citer quelques exemples.

Dans le cas de M. Breschet, il y avait inflammation vive du sac de l'intestin et du péritoine; dans un autre cas observé par M. J. Cloquet, il y avait un épanchement dans l'abdomen. Un fait constant et qui s'explique facilement par l'arrêt du cours des matières fécales, c'est la *distension* extrême de la partie supérieure de l'intestin hernié; disposition notée par tous les auteurs qui ont recueilli soigneusement leurs observations. Cette distention énorme du bout supérieur de l'intestin a frappé plusieurs observateurs et leur a fait constater souvent, après la mort, soit des étranglements internes, soit des hernies sous-pubien-

nes ou autres qui avaient passé inaperçues. Dans un cas de hernie sous-pubienne que j'ai observé dernièrement, la partie supérieure de l'intestin avait plus de deux fois le calibre de la partie située au-dessous de l'étranglement. (Pl. 9.)

3° Le diagnostic de la hernie sous-pubienne peut être rendu plus obscur par la *coïncidence d'autres hernies*. Les exemples d'une semblable coïncidence sont rares. Astley Cooper a rencontré une hernie sous-pubienne en faisant la préparation d'une hernie inguinale du même côté, du côté à droite. Dans un des deux cas de M. Cruveilhier, il existait aussi chez le même sujet deux hernies inguinales, qui se réduisaient avec la plus grande facilité et ne pouvaient être considérées comme le point de départ des accidents. Dans le cas publié par M. Demeaux, c'était une hernie crurale formée par l'épiploon, existant du même côté ; elle offrait cela de particulier que la partie herniée s'était échappée de l'abdomen en dedans des vaisseaux fémoraux sans pénétrer dans le canal crural. Enfin, le docteur Frantz rapporte que sa malade avait eu longtemps une double hernie fémorale, mais qu'il n'en restait plus de traces. Ainsi, parmi les observations de hernie sous-pubienne que nous avons rassemblées, il y en a quatre avec coïncidence d'autres hernies.

IV.

CAUSES DE LA HERNIE SOUS-PUBIENNE.

Les causes de la hernie sous-pubienne sont de deux ordres : les unes proviennent des dispositions anatomiques des parties ; les autres sont accidentelles et viennent se joindre aux premières.

Le relâchement ou une dimension considérable de l'orifice abdominal du canal qui donne passage au nerf et aux vaisseaux obturateurs, est sans contredit une des causes de la hernie sous-pubienne. J'ai examiné sur plusieurs sujets d'un âge avancé l'orifice interne du canal sous-pubien, et dans quelques cas, ses dimensions étaient visiblement augmentées. (Voir pl. 11, fig. 2 et 3.)

La disposition de l'os du pubis en forme de gouttière favorise aussi le glissement de l'intestin vers le canal sous-pubien. La place qu'occupent dans le bassin la vessie et le rectum chez l'homme, la vessie, le rectum et l'utérus chez la femme, dirige les intestins et les refoule, de chaque côté, vers l'endroit même où existe l'orifice du canal sous-pubien, fermé seulement par le péritoine. La dépression facile du péritoine sur cette ouverture favorise sans doute aussi la sortie de l'intestin par ce conduit.

La *diminution accidentelle ou sénile de la graisse* dans le tissu cellulaire qui, avec les vaisseaux et le nerf obturateurs, remplit le canal sous-pubien, et l'*union moins intime* du péritoine au pourtour de l'orifice interne du canal sous-pubien, sont sans contredit les causes anatomiques les plus évidentes de cette espèce de hernie.

Dans les cas de hernie sous-pubienne que j'ai rassemblés et comparés, l'intestin grêle a toujours fait partie de la hernie, sauf un seul cas où la vessie pénétra à travers le canal sous-pubien. Günz cherche à expliquer pourquoi un tel fait est arrivé chez la femme plutôt que chez l'homme.

La fréquence de la hernie sous-pubienne n'est pas la même dans les deux sexes; cette hernie est beaucoup plus ordinaire chez la femme.

Duverney a trouvé sur une même femme deux hernies par les trous ovalaires. La hernie de vessie par le trou obturateur observée par Albinus et qu'il montra à ses élèves, fut également rencontrée chez une femme. Garengeot possédait déjà plusieurs exemples de hernies de cette espèce chez les femmes, lorsqu'il l'observa chez l'homme. « Un autre exemple de hernie par le trou ovalaire que j'ai à proposer, dit-il, paraît d'autant plus singulier qu'il est le seul à ma connaissance qui soit arrivé à un homme. Un sellier de la rue du Sépulcre vient d'avoir une tumeur à la cuisse droite près le périnée. Cette maladie a été prise d'abord pour un abcès : on a prescrit des cataplasmes pour l'amener à suppuration. En examinant l'effet des cataplasmes et pressant la tumeur avec les doigts pour savoir s'il y avait du pus, l'intestin qui formait réellement cette tumeur s'est retiré et a rentré tout à coup.

Un événement si inattendu a mérité l'attention des habiles chirurgiens qui voyaient ce malade, et leur a fait conclure, après un examen sérieux, que la tumeur qui venait de disparaître était une hernie par le trou ovalaire. »

Eschenbach et Klinkosch observèrent tous deux la hernie sous-pubienne chez deux jeunes garçons; le premier sur le vivant, et le second sur le cadavre. A une époque plus rapprochée de nous, Dupuytren en a observé un cas sur un homme.

Sur 29 cas de hernie sous-pubienne que j'ai rassemblés, on en compte 24 chez la femme et 5 seulement chez l'homme.

Nombre des cas de hernie sous-pubienne observés chez la femme.

Duverney	1 cas.
Albinus	1
Garengeot	1
Malaval	1
Heuermann	1
Eschenbach	1
Hommel	1
Mareschal	1
Hipp. Cloquet	1
W***	1
Gadermann	1
J. Cloquet	1
Cruveilhier	2
Rayer et Vinson	2
Breschet	1
Rust	1
Bouvier	1
Manec	1
Frantz, de Genthin	1
Smith	1
King	1
Wetherfield	1
TOTAL...	24 cas.

Nombre des cas de hernie sous-pubienne observés chez l'homme.

Garengeot	1 cas.
Eschenbach	1
Klinkosch	1
Dupuytren	1
A. Cooper	1
Total...	5 cas.

Depuis l'observation de Garengeot, qui avait vu la hernie obturatrice se produire chez une femme quatre jours après l'*accouchement*, tous les auteurs ont cité cette circonstance comme une prédisposition à cette hernie : Eschenbach est allé même jusqu'à écrire dans sa *Chirurgie*, que cette affection n'avait lieu que chez les femmes qui avaient eu des enfants. Ayant été plus tard témoin des deux cas dont jai parlé, l'un sur une jeune fille et l'autre sur un jeune homme, il ajoute, après avoir rapporté ces deux observations : « Je profiterai de cette occasion pour relever une erreur que j'ai commise dans ma *Chirurgie* (§ 619; Rostock, 1754); dans ce paragraphe, en effet, d'après l'opinion d'un médecin célèbre, opinion qui me paraissait alors vraisemblable, j'affirmai, n'ayant encore recueilli aucune observation sur cette matière, et ne connaissant pas celles de Garengeot, que la hernie ovalaire ne pouvait se produire que chez les femmes qui avaient eu à supporter de fréquents accouchements. « Herniam supervenire ovalem soli mulieri, partum frequentiorem expertæ, asservi. »

Suivant Richter, cette hernie se forme principalement chez les femmes qui ont eu des enfants, et surtout peu après l'accouchement.

Malheureusement il est difficile d'apprécier convenablement le degré d'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la production de cette affection chez la femme, les auteurs des observations de hernie sous-pubienne n'ayant pas noté si les malades avaient eu ou non des enfants, si les femmes atteintes de cette espèce de hernie avaient

eu plusieurs grossesses, si les accouchements avaient été laborieux, si une ou plusieurs années avaient eu lieu entre les couches, etc.

L'opinion que la *grossesse* peut avoir quelque influence sur la production de la hernie paraîtra vraisemblable, si l'on se rappelle que, dans les derniers temps de la gestation, les parties molles du bassin sont, pour me servir de l'expression de Richter, *comme abreuvées de sérosité;* que le péritoine pelvien, comme entraîné vers la partie supérieure de l'abdomen, par suite du développement de l'utérus, peut plus tard offrir une sorte de laxité dans sa portion obturatrice. On conçoit aussi que des accouchements laborieux ou certaines manœuvres dirigées avec violence vers le trou obturateur pourraient affaiblir les parties et devenir une cause de hernie. Toutefois, la hernie obturatrice se produit ordinairement chez les femmes à un âge très-avancé, et par conséquent à une époque éloignée de la grossesse et de l'accouchement. Enfin, des jeunes filles en ont été atteintes. (Eschenbach.)

Le sujet le plus jeune chez lequel cette affection ait été rencontrée est celui dont parle Klinkosch, et qui était âgé de dix-sept ans. Eschenbach parle aussi d'un jeune homme de vingt ans environ, chez lequel une hernie sous-pubienne s'était produite. Le même auteur cite un autre cas qu'il observa chez une jeune fille de vingt-quatre ans. Ce sont les trois sujets les plus jeunes chez lesquels on ait rencontré cette espèce de hernie.

Après ceux que je viens de nommer, le sujet le moins âgé avait quarante ans (H. Cloquet); un homme sur lequel Dupuytren observa une hernie de cette espèce, avait quarante-cinq ans; la femme dont Mareschal rapporte l'observation avait quarante-sept ans; enfin celle sur le cadavre de laquelle M. Jules Cloquet trouva, à l'École pratique, un exemple de cette hernie paraissait âgée de quarante-cinq à cinquante ans.

Enfin, vient une série de sujets dont l'âge est plus avancé et dont quelques-uns touchent à l'extrême vieillesse : le fait de M. W*** a été vu chez une femme de soixante-quatre ans. Les cas que j'ai observés dans le service de M. Rayer existaient, l'un chez une femme âgée de

soixante et un ans, l'autre chez une femme de soixante-huit ans. Les femmes dont MM. Cruveilhier, Manec, Gadermann, ont rapporté les observations, avaient toutes trois soixante et quinze ans. Une malade de la Salpêtrière avait quatre-vingts ans (Cruveilhier); une autre qui mourut également d'une hernie par le trou obturateur, dans le service de M. Bouvier, avait quatre-vingt-un ans.

Je dois ajouter que, dans un assez grand nombre d'observations de hernie sous-pubienne, l'âge des malades n'est point indiqué. On remarque cette omission dans les observations de Duverney, de Malaval, d'Albinus, de Cooper, de Rust, etc. La femme dont Garengeot rapporte l'histoire et dont l'accouchement datait de quatre jours était nécessairement arrivée à l'âge adulte ou à l'âge mûr.

En résumé, dans une première série, composée de sujets âgés de dix-sept à vingt-quatre ans, je note 3 cas; dans une seconde, composée d'individus âgés de quarante à cinquante ans, 4 cas; dans une troisième série, de soixante-quatre à quatre-vingt-un ans, 7 cas. Les deux âges extrêmes pour cette maladie sont dix-sept et quatre-vingt-un ans. Trois autres femmes atteintes de cette hernie étaient chacune âgées de soixante et quinze ans. D'où il résulte que la hernie par le canal sous-pubien n'a pas été observée dans l'enfance, qu'elle est extrêmement rare dans la jeunesse, moins rare dans l'âge mûr; et qu'elle se produit dans une progression rapidement croissante, à mesure que le sujet touche à un âge plus avancé.

La hernie sous-pubienne n'a pas encore été observée chez les enfants, ni chez les nouveau-nés, chez lesquels les intestins restent situés au-dessus du bassin, chez lesquels la vessie elle-même n'est qu'en partie dans son excavation, chez lesquels enfin le canal sous-pubien est comparativement plus étroit par suite du défaut de développement de la gouttière sous-pubienne.

La *maigreur* m'a paru trop souvent notée dans les observations que j'ai consultées, pour que je n'aie pas été frappé de cette circonstance, et que je ne la range point parmi les causes qui prédisposent à la hernie sous-pubienne. Le vieillard chez lequel Camper trouva les deux dila-

tations du péritoine à travers les canaux sous-pubiens était maigre. Le sujet qu'observa Dupuytren et qui portait une hernie obturatrice était d'une taille et d'une maigreur remarquables. La maigreur a été aussi notée dans l'observation de M. Bouvier ; elle n'était pas moins frappante dans les deux cas qui se sont passés sous mes yeux à l'hôpital de la Charité. Dans le cas de M. Wetherfield, la femme était tellement maigre (*emacied*), que ce praticien avoue qu'on aurait pu s'assurer de l'existence de la hernie et percevoir la tumeur à travers les muscles de la cuisse, si l'on avait eu la pensée d'une hernie de ce genre.

Les vieilles femmes sont généralement dans un grand état de maigreur; et il n'est pas étonnant que la majorité des cas de hernie obturatrice ait été observée chez elles. Alors le canal sous-pubien est moins plein; il n'est plus *bouché par la graisse* et les vaisseaux, et lorsque l'intestin s'est engagé dans ce canal, les muscles n'opposent plus alors la même résistance au-devant de son orifice externe; leur écartement est plus facile, surtout si le sujet a été doué, à une époque antérieure, d'un état d'embonpoint; et la hernie sous-pubienne s'établit plus facilement.

La *faiblesse* de la constitution a été aussi notée chez plusieurs sujets atteints de hernie obturatrice. Mareschal rapporte que la dame chez laquelle il observa une hernie par le trou ovale était d'un tempérament nerveux et d'une constitution délicate. Dans un autre cas, il est dit que la malade était d'une constitution débile. Enfin, le sujet de l'observation de M. W*** menait depuis sa jeunesse une vie sédentaire, et il éprouvait habituellement un malaise dans les fonctions digestives. La faiblesse était telle chez la femme observée dernièrement dans le service de M. Mance, à la Salpêtrière, que la malade s'éteignit avant que les désordres anatomiques fussent suffisants, au moins en apparence, pour entraîner la mort.

Parmi les causes prédisposantes de la hernie par le canal sous-pubien, aucun auteur ne fait mention de l'influence que peut exercer l'*hydropisie ascite*. Cependant je dois rappeler que Klinkosch, en

faisant l'autopsie d'un jeune homme de dix-sept ans, mort hydropique, rencontra deux hernies obturatrices, formées chacune par une portion d'intestin et d'épiploon. Toutefois, en supposant que dans ce cas l'hydropisie n'ait pas été étrangère à la production de cette double hernie, il faut reconnaître que la fréquence des hydropisies ascites d'une part, et de l'autre la rareté comparative de la hernie sous-pubienne, ne conduisent point à admettre une influence notable de la première de ces maladies sur le développement de la seconde.

Les *causes accidentelles* de la hernie sous-pubienne ne diffèrent pas probablement de celles qui produisent les autres hernies. La malade nouvellement accouchée dont parle Garengeot eut tous les accidents de l'étranglement, après être tombée rudement sur les fesses, en descendant les degrés d'un escalier; la jeune fille dont parle Eschenbach éprouva une sensation particulière en soulevant un fardeau plus lourd que de coutume. Le malade de Dupuytren fut atteint de la même affection en mettant des chaussures qui résistaient et nécessitaient de grands efforts. Et une malade de M. W*** fut atteinte d'une hernie du même genre, après une crise spasmodique à laquelle elle était très-sujette.

Enfin, comme pour les autres hernies, nous devons noter les contractions abdominales s'exerçant de haut en bas, et leur tendance à se produire de gauche à droite, comme pouvant expliquer pourquoi la hernie sous-pubienne a été plus souvent observée à droite qu'à gauche; en effet, sur vingt cas, elle existait douze fois à droite et huit fois à gauche. Dans quelques cas, cette hernie s'est manifestée des deux côtés à la fois : des faits semblables ont été vus par Duverney, Hommel, M. Cruveilhier.

Dans un grand nombre de cas, aucune cause accidentelle n'a été remarquée; ainsi, dans les cas qui se sont présentés dans le service de M. Rayer et dans celui de M. Bouvier, les malades ont été interrogées avec soin; on leur a demandé si elles avaient fait une chute ou un effort, et elles ont répondu négativement. D'ailleurs, dans la hernie sous-

pubienne, la tumeur n'étant pas le plus souvent manifeste pour le malade, il n'établit point ordinairement de relation entre les accidents qu'il éprouve et la cause qui les a occasionnés. On sait que les malades ne rattachent pas toujours à un effort les hernies crurale, inguinale et ombilicale, lorsqu'ils en sont atteints.

Quant aux *causes* de l'étranglement de cette espèce de hernie, lorsque l'intestin est déjà engagé dans l'infundibulum dont nous avons parlé, ou dans un sac plus considérable, il suffit que celui-ci vienne à se distendre sous l'influence d'un effort, pour qu'une nouvelle portion d'intestin s'engage et détermine l'étranglement. Comme pour les autres hernies, il doit suffire aussi que des matières fécales et des gaz s'accumulent dans la portion d'intestin engagée dans le canal sous-pubien, pour que des symptômes d'engouement et d'étranglement se déclarent.

V.

SYMPTOMES ET SIGNES DE LA HERNIE SOUS-PUBIENNE.

Les accidents auxquels donne lieu la hernie sous-pubienne varient suivant qu'elle est *réductible* ou non *réductible ;* suivant qu'il existe ou non un étranglement et un obstacle au cours des matières fécales, dans la portion d'intestin engagée dans le canal sous-pubien. Les symptômes varient aussi suivant que les parties déplacées ont donné lieu à la formation d'une tumeur *appréciable* ou non *appréciable* à l'extérieur.

A cette occasion, je rappellerai que Rust (peut-être d'après Gadermann, dont le travail semble lui avoir servi de guide) divise la hernie obturatrice en *hernie du trou ovale imparfaite,* et en *hernie du trou ovale parfaite.* « Tant que la hernie, dit-il, se trouve dans le canal sous-pubien, on peut la nommer hernie du trou ovale imparfaite. Dans ce cas, l'on ne voit aucune tumeur; mais aussitôt qu'elle sort de ce canal, elle forme un renflement à la partie interne et supérieure de la cuisse entre la cavité articulaire et le scrotum chez l'homme, et à côté de

la partie supérieure des grandes lèvres chez la femme; c'est alors la hernie du trou ovale *parfaite.* »

Après avoir décrit ces deux degrés, Rust ajoute : « Lorsque cette hernie pénètre encore *plus avant*, elle peut s'ouvrir un chemin entre divers muscles du haut de la cuisse jusque sous la peau. »

Lorsque la hernie ne traverse pas complétement le canal sous-pubien ou lorsqu'un seul point de la surface de l'intestin est pincée (ainsi que cela avait lieu dans le cas de M. Breschet, où il est dit que la tumeur ne formait pas d'anse à la partie antérieure du trou ovale), dans ce premier degré *la hernie obturatrice n'est pas appréciable à l'extérieur* et ne peut être que bien difficilement reconnue pendant la vie. Lorsque les parties déplacées ont traversé le canal sous-pubien et sont venues former une tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse, la hernie devient *appréciable à l'extérieur.* Toutefois, cette tumeur herniaire peut être profonde et rester couverte par les muscles pectiné et obturateur externe, de manière à rester très-obscure. Plus rarement elle écarte ces muscles et les adducteurs, et chemine jusque sous la peau, où elle vient offrir une saillie très-manifeste. Les cas observés par MM. Rayer, Cruveilhier, Bouvier, etc., étaient des exemples de hernie obturatrice *profonde*, difficilement reconnaissable à l'extérieur. Les cas observés par Garengeot chez une nouvelle accouchée et sur un sellier de la rue du Sépulcre, et le cas de Dupuytren, sont au contraire des exemples de hernie obturatrice devenue *superficielle* et très-visible au dehors.

Lorsqu'une hernie sous-pubienne ne forme point de tumeur à l'extérieur et qu'elle n'est point atteinte d'étranglement, aucun symptôme et aucun signe n'en décèlent l'existence pendant la vie. Mais lorsque la hernie obturatrice forme une tumeur *appréciable à l'extérieur*, on la reconnaît aux caractères suivants : la tumeur est située un peu plus en dedans de la cuisse, et un peu plus bas que *dans la hernie crurale ;* la tumeur formée par cette dernière est plus arrondie et plus allongée dans le sens du pli de la cuisse. Quant à l'engourdissement de la cuisse, c'est un phénomène commun à ces deux espèces de hernies

et à d'autres tumeurs voisines du pli de l'aine; mais lorsque cet engourdissement existe, sans qu'on observe de hernie crurale ou de tumeurs de l'aine, ni d'affections rénales, etc., il doit porter le médecin à examiner soigneusement la région obturatrice.

On distinguera la hernie sous-pubienne des *tumeurs formées par des ganglions engorgés* ou par de petites masses graisseuses, en ce qu'elle rendra presque toujours un son intestinal à la percussion qu'on doit pratiquer dans l'exploration de la région obturatrice. Cette tumeur augmentera par les efforts de la toux. Lorsque la hernie obturatrice sera *réductible*, sa rentrée dans l'abdomen sera accompagnée le plus ordinairement d'un bruit intestinal, cette espèce de hernie étant formée, dans le plus grand nombre des cas, par l'intestin seul ou accompagné de l'épiploon.

On distinguera facilement la hernie sous-pubienne de la *hernie inguinale.* La forme et la situation de la tumeur et l'examen comparatif des deux anneaux inguinaux ne pourront laisser de doutes à cet égard.

On ne confondra point la hernie obturatrice avec un *abcès* froid de la partie interne et supérieure de la cuisse; une semblable collection de pus offre toujours une fluctuation évidente et une douleur sourde aux lombes, lorsque l'abcès a sa source dans une carie tuberculeuse ou non tuberculeuse des vertèbres.

Les symptômes généraux de la hernie sous-pubienne *étranglée* sont les mêmes que ceux des autres hernies abdominales atteintes d'étranglement : dès le début, il survient souvent des coliques, des hoquets, des nausées, des vomissements dans lesquels sont rejetées en premier lieu les matières alimentaires, puis bientôt après des matières bilieuses, puis enfin des matières stercorales reconnaissables à leur odeur et à leur couleur; le pouls est serré, petit et concentré; les évacuations alvines sont suspendues; le ventre devient douloureux et ballonné.

Comme le plus ordinairement il n'existe pas de *tumeur herniaire facilement appréciable* à l'extérieur; comme le plus ordinairement aussi les malades n'accusent point une douleur fixe à la partie interne et supérieure de la cuisse, mais bien une douleur plus ou moins vive

dans un ou plusieurs points de l'abdomen, il en résulte que le médecin est presque toujours porté à attribuer les accidents qu'on observe, en de tels cas, à un *étranglement interne* (1) de l'intestin, produit soit par des brides épiploïques et celluleuses, soit par des adhérences de l'appendice cœcal, ou par des diverticulum, ou bien encore à un étranglement de l'intestin, à travers l'épiploon, le mésentère ou un autre organe déchiré; et cette erreur est quelquefois d'autant plus facile que les malades déclarent avoir d'abord ressenti de la douleur dans la région ombilicale, dans les régions lombaires ou dans toute autre partie de l'abdomen. Sous l'impression de ce renseignement, le médecin, après avoir examiné les points par lesquels se font ordinairement les hernies, l'ombilic, l'anneau inguinal et l'arcade crurale, n'apporte pas à l'examen de la région du trou obturateur toute l'attention désirable; et dans les cas où il a fait cet examen avec soin et sans résultat, il s'arrête le plus souvent à la détermination d'un étranglement interne, sans en rechercher le siége précis, sans tenter de découvrir s'il existe dans l'excavation du bassin et en particulier dans le canal sous-pubien. Peut-être pourrait-on, chez les vieillards, dont la paroi antérieure du ventre a beaucoup de laxité, tirer quelque parti, pour découvrir le siége du mal, d'une pression exercée derrière le pubis, en y refoulant la peau et les muscles. Toutefois, d'autres étranglements dans le bassin, occasionnés par des brides cellulo-fibreuses, donneraient certainement lieu à des accidents tout à fait semblables à ceux de la hernie sous-pubienne étranglée. Dans ces cas difficiles, il ne faut négliger aucun moyen d'exploration. On percutera sur le plessimètre, et comparativement, les deux régions obturatrices, afin de s'assurer si l'une d'elles ne rend point un son intestinal. Chez la femme, on essayera d'explorer l'orifice interne du canal sous-pubien en introduisant le doigt indicateur dans

---

(1)Bonnet (N. D.), *De l'Étranglement interne dans la cavité abdominale*, in-4°; Paris, 1830.

le vagin, et en le dirigeant sur les parties latérales de la vessie, préalablement vidée, vers la face postérieure du pubis. Chez l'homme, on tentera de faire la même exploration, en portant le doigt dans le rectum et le dirigeant vers la région obturatrice. J'examinerai plus loin si une opération, qui permet la recherche du siége et de la cause de l'étranglement dans l'abdomen, peut être conseillée dans ces cas obscurs et presque constamment mortels. Toutefois, on ne doit pas oublier qu'on a vu une diarrhée être le signal d'une prompte guérison, au moment où les malades étaient dans le plus grand danger et presque dans un état de mort imminente.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que la mort est d'autant plus prompte que l'inflammation du péritoine est plus étendue, qu'elle s'est terminée plus promptement par suppuration, ou que l'intestin étranglé a été atteint de gangrène. Alors les douleurs cessent, un calme trompeur se déclare, et bientôt une sueur froide vient annoncer la mort.

VI.

PRONOSTIC.

En général, une hernie bien diagnostiquée et réductible n'est point une maladie très-fâcheuse, lorsqu'elle peut être maintenue exactement; mais le plus souvent la hernie sous-pubienne passe inaperçue : on ne la soupçonne que lorsqu'il existe déjà des symptômes d'étranglement. C'est sans contredit la hernie la plus difficile à reconnaître et à contenir, et pour la guérison de laquelle, dans les cas d'étranglement, le chirurgien a le moins de chances de succès.

Dans les cas d'étranglement, le péritoine ne tarde pas à devenir le siége d'une inflammation qui devient elle-même une cause prochaine de mort, les malades étant le plus ordinairement d'un âge très-avancé.

VII.

TRAITEMENT DE LA HERNIE SOUS-PUBIENNE.

Aussitôt qu'une hernie sous-pubienne est reconnue, le premier soin doit être d'en faire la *réduction*, si elle est réductible, et de la maintenir réduite.

On s'est évidemment trompé lorsqu'on a dit que les obstacles à la réduction de cette hernie étaient presque insurmontables. Garengeot en cite trois exemples ou au moins deux très-circonstanciés. Eschenbach en rapporte deux et Dupuytren un. Enfin, le docteur Frantz cite aussi un cas de réduction très-remarquable.

Arnaud de Ronsil paraît être le premier qui ait fait la réduction de la hernie sous-pubienne; au moins le passage suivant du mémoire de Garengeot tendrait à le prouver : « M. Arnaud, écrit-il, m'avait dit, en parlant des deux hernies de ce genre que j'ai citées, qu'il les avait *réduites et retenues avec des bandages;* mais il ne s'était point expliqué avec moi sur la manière dont il en avait fait la réduction. » Garengeot rapporte ces paroles au sujet de la femme chez laquelle une hernie sous-pubienne s'était produite et étranglée tout à la fois. Néanmoins il se décida à tenter la réduction. « Pour rendre la manœuvre de cette opération plus facile, dit-il, je soulevai les fesses de la malade, et fis mettre dessous un traversin en double et un oreiller sous la tête. Cette situation, dans laquelle le siége était plus élevé que le reste du corps, et la tête un peu penchée au-devant et appuyée, me parut favorable pour déterminer les intestins à se porter vers le diaphragme et pour relâcher les muscles de la partie interne de la cuisse, les genoux étant élevés et les cuisses écartées. Je fit ensuite une légère embrocation sur la tumeur avec l'huile que je trouvai dans la maison; et en maniant artistement cette tumeur et la remaniant doucement de bas en haut et à différentes reprises, avec le plat de la

main, j'aperçus que l'intestin rentrait, et que la tumeur disparaissait peu à peu. »

Richter et Sabatier se bornent à indiquer comme exemple à suivre en pareil cas la conduite de Garengeot. Sanson donne le même conseil. « Pour réduire, dit-il, la hernie du trou ovalaire, il suffit de faire coucher le malade sur le dos, le bassin élevé et les cuisses fléchies, et de presser la tumeur comme pour la vider dans le bassin. Il paraît, ajoute-t-il, que malgré la profondeur de l'ouverture qui livre passage aux viscères, cette réduction n'est pas fort difficile. » Chélius croit aussi que lorsque la hernie est réductible, on la fait rentrer aisément en plaçant le malade dans une position convenable.

Dans un cas d'*étranglement* accompagné de symptômes inflammatoires, on procédera de la même manière et en prenant plus de précautions encore. Le patient sera couché sur un matelas, dont on aura eu soin de replier préalablement une des extrémités, de manière à simuler un traversin. Le siége du malade appuiera sur cette partie, tandis que les régions lombaire et dorsale reposeront sur le matelas simple, et par conséquent sur un plan inférieur au précédent. Le thorax suivra l'inclinaison, et la tête seule devra être relevée, soit par un oreiller ou tout autre moyen. Cette position aura pour effet de faire porter directement tout le paquet intestinal vers le diaphragme, de manière à faire tendre les deux bouts de l'intestin qui forment l'anse étranglée et à faciliter leur dégagement du canal sous-pubien. Le malade étant placé dans cette position, la cuisse sera ramenée dans une légère adduction, les jambes seront fléchies à demi, les genoux élevés. Ces mouvements devront être combinés de manière à produire la position qui facilite le plus le relâchement des muscles obturateurs. On pressera la tumeur de l'extérieur à l'intérieur, en dirigeant ces pressions de dedans en dehors, c'est-à-dire dans la direction du canal sous-pubien. Ces pressions devront être faites avec mesure; on agira comme si on voulait faire fuir la tumeur de dessous ses doigts, comme si on voulait la vider dans le ventre, pour me servir de l'ex-

pression de Sanson. On facilitera le taxis par des embrocations faites avec de l'huile ou avec un liquide éthéré, et par d'autres moyens, tels qu'une ou deux saignées, l'application de la glace sur la tumeur, etc. Le signe pathognomonique d'une réduction certaine est ici, comme dans les autres hernies intestinales, un bruit de gargouillement. Ce son caractéristique fut deux fois parfaitement noté par Garengeot : la malade sentit un gargouillement qui, suivant son expression, la *mit à son aise;* puis par la malade du docteur Frantz, qui plusieurs fois éprouva tous les accidents d'une hernie sous-pubienne, et chez laquelle chaque fois la réduction fut suivie d'un bruit intestinal, qui fut le signal de la cessation des symptômes fâcheux et du retour à la santé.

Si la réduction ne peut se faire par le *taxis,* on emploiera, avant d'en venir à l'opération, les moyens usités dans les cas de hernies irréductibles, c'est-à-dire les lavements de tabac, les bains, les purgatifs, etc.

Quand une hernie sous-pubienne peut être réduite, on doit la maintenir à l'aide d'un bandage approprié. L'observation de Garengeot prouve que l'emploi d'un bandage a pu, en peu de temps, guérir radicalement une hernie sous-pubienne. Cette hernie est peut-être plus qu'aucune autre susceptible de guérison ; car la couche épaisse des muscles qui se trouvent au-devant du canal sous-pubien est déjà un obstacle naturel à sa reproduction.

Après avoir rappelé la nécessité de chercher à réduire la hernie sous-pubienne et de la maintenir par un bandage, je ne dissimulerai pas la difficulté qu'on éprouve pour l'application d'un bandage convenable. Pour les hernies inguinales, la ceinture et la pelote appuient sur des parties qui n'agissent pas indépendamment l'une de l'autre ; pour la hernie sous-pubienne, il en est autrement : en effet, lorsque la cuisse se meut, le bassin reste immobile ; et réciproquement, lorsque le bassin se meut, la cuisse à son tour devient immobile. La pelote, fixée par la ceinture au bassin, ne pourra suivre la cuisse dans ses mouvements ; et si elle partage les mouvements du bassin, elle glissera sur la cuisse. Dans la marche, la hernie dépassera alternativement

la pelote en avant et en arrière. Ces frottements sur une hernie mal contenue pourraient être la cause de graves accidents. Günz, qui avait été frappé de cette incompatibilité de mouvements du bassin et de la cuisse, signale la difficulté d'un bon bandage dans ce cas: « Tamen et « hoc difficile comprehensu non est, quia sedes mali in ejusmodi loco « est, qui pilam eumdem situm tenere non patiatur, cum hanc solam « sine vinctura, mobilem esse oportere, tam vero præstare, ut æger « situ idoneo et quiete, partes ad pristinum robur suum redire pa- « tiatur. »

La construction d'un bandage pour la hernie par le canal sous-pubien donna quelque embarras à notre célèbre Dupuytren. Le fait, qui nous est attesté par Sanson, se trouve rapporté avec détails par J. Lafond, chirurgien herniaire. Il s'agissait d'un homme qui, en s'efforçant de mettre des chaussures trop étroites, vit se produire chez lui une hernie sous-pubienne : « M. le professeur Dupuytren, dit M. Jalade-Lafond, ayant examiné cette tumeur située à la partie supérieure et interne de la cuisse, la reconnut pour une hernie sous-pubienne et fit faire pour la contenir un bandage d'une nature particulière. Une ceinture embrassait la plus grande partie du corps, et une plaque verticale soutenait une pelote échancrée qui lui était horizontale; ce bandage était soutenu par un sous-cuisse. Comme il produisait de l'engourdissement, on recommanda de diminuer la pelote du côté externe, pour ne pas comprimer les vaisseaux cruraux; mais comme ce bandage ne pouvait pas s'appliquer exactement à l'ouverture, la hernie ne fut point contenue. » Ce bandage, on le voit, n'échappant pas aux inconvénients que j'ai signalés, ne pouvait maintenir exactement la hernie. On ne dit pas si l'inefficacité de ce bandage conduisit à recourir à d'autres moyens.

Garengeot décrit ainsi le moyen qu'il employa pour maintenir réduite une hernie sous-pubienne : « Je pris sur-le-champ, dit-il, des chiffons de linge usé fort mollet, je les déchirai en petits morceaux et les renfermai dans un plus grand pour en composer une pelote mollette. Je trempai cette pelote dans le jaune et le blanc d'un œuf battus

et mêlés avec de l'eau-de-vie; je donnai ensuite une figure un peu longue et cylindrique à cette pelote et je l'appliquai à l'endroit du vide dont je viens de parler (produit par l'écartement des muscles). Je couvris cette pelote de deux compresses triangulaires trempées dans de l'eau-de-vie et maintins le tout par le moyen d'un bandage roulé à deux globes, dont je fis des circulaires autour du corps et de la partie supérieure de la cuisse, pour former un spica sur l'appareil. La hernie fut parfaitement contenue par ce bandage; le cinquième jour, la malade m'obligea à lever l'appareil, et j'eus la satisfaction de voir les muscles triceps rapprochés au point qu'il n'existait plus de vide. Une compresse longuette et un peu épaisse contenue par le bandage déjà décrit fut l'appareil dont je me servis ensuite pendant un mois de séjour dans le pays. Je levais de six en six jours cet appareil, et la malade, qui vaquait pendant ce temps à ses exercices ordinaires, n'a jamais senti aucune incommodité. »

Dans cette circonstance, ce bandage était le meilleur et le plus simple : il rapprochait les têtes du triceps et comblait en même temps le vide qui contenait la hernie. Ce bandage pourrait encore être conseillé avec succès dans un cas pareil; mais on ne peut s'empêcher de reconnaître que ce n'est là qu'un appareil temporaire dont l'usage nécessite l'intervention habituelle d'un chirurgien. Toutefois, des chirurgiens distingués lui ont donné leur approbation; il est vrai qu'ils paraissent ne l'avoir considéré que comme un moyen de contenir momentanément la hernie.

Sabatier cite sans commentaire le fait de Garengeot, et Richerand dit seulement d'essayer de contenir la hernie *par un bandage approprié*. Enfin, M. Aug. Bérard, après avoir conseillé de réduire la hernie et de la maintenir réduite, dit : « Pour la seconde indication, nous n'avons point de bandage spécial propre à cette hernie; on n'aurait donc rien de mieux à faire qu'à imiter à peu près la conduite de Garengeot, de placer à la partie supérieure de la cuisse des compresses graduées et des tampons de charpie que l'on maintient à l'aide d'un bandage roulé. »

Richter indique le procédé de Garengeot; seulement il apporte à la pelote des modifications qui me paraissent utiles : « La pelote du bandage doit remplir exactement, dit-il, tout le trajet qu'a parcouru la hernie : c'est pourquoi on lui donnera une figure et un volume relatifs à l'enfoncement qu'on sent d'ordinaire très-distinctement après la réduction de la hernie; on voit que cette pelote variera selon les différents cas; car quelques-unes de ces hernies sont arrondies, d'autres ovalaires... »

M. Chélius, professeur d'Heidelberg, propose de maintenir la hernie à l'aide d'un *bandage inguinal* dont le col est courbé et assez allongé et dont la pelote est appliquée immédiatement au-dessous de la branche horizontale du pubis, à l'endroit où commence le muscle pectiné. Ce bandage est une modification de celui qui fut employé par Dupuytren.

Eschenbach décrit un bandage différent du spica conseillé par Garengeot et de la pelote employée par Dupuytren. Voici comment il expose la manière dont il traita la jeune fille qui vint réclamer ses soins pour une hernie sous-pubienne : « Prolapsum intestinum ut ad « naturalem, secundum artis regulas, locum reducerem, nullum non « movebam lapidem. » La hernie s'étant reproduite, « reliquam mede-« lam idoneo tentavi *subligaculo*, quod consuetam mihi, atque in *chi-« rurgia mea* descriptam, compositionem servabat. » Plus tard, quand cette malade fut guérie, il lui permit de reprendre ses travaux, mais il lui fit porter pendant longtemps encore une sorte de caleçon (*subligaculum*) auquel il joignit un coussinet pour empêcher toute récidive. Ce bandage était d'un usage plus commode pour un malade que le *spica* qui réclame sans cesse dans son application le concours d'un chirurgien. J'ai cherché à me procurer, mais vainement, l'ouvrage dans lequel Eschenbach donne la description de cet appareil.

S'il m'était permis de proposer un appareil analogue, ce serait un caleçon, d'une peau forte et assez souple, allant de la ceinture jusqu'au-dessus des genoux; la partie latérale de la cuisse au côté externe serait ouverte et se lacerait à la manière d'un corset jusqu'au-dessus de la hanche. Ce caleçon contiendrait dans son épais-

seur, vis-à-vis de la tumeur herniaire, une pelote conformée pour la hernie, et à laquelle seraient attachées une ou deux courroies qui se boucleraient en dehors. On pourrait ainsi établir sur l'ouverture par laquelle se fait la hernie obturatrice une pression suffisante pour l'empêcher de sortir et pour rapprocher les muscles jusqu'à ce qu'ils aient repris leur état normal. La facilité d'application de cet appareil, l'usage que le malade pourrait en faire sans le secours d'un homme de l'art, la faculté de lui donner le degré de relâchement ou de pression convenable, me paraissent offrir des avantages réels.

On sait que la compression à l'aide de bandelettes de *sparadrap* est journellement employée avec succès chez les nouveau-nés, pour la guérison des hernies ombilicales. On pourrait peut-être maintenir par un semblable moyen la hernie sous-pubienne. Un *spica* de laine ainsi fait offrirait une solidité plus grande que celle du spica ordinaire. Ce qui me confirmerait dans la pensée d'essayer ce moyen contentif, c'est qu'il présenterait la solidité que Garengeot cherchait à donner à son spica simple en l'enduisant d'une préparation faite avec du blanc d'œuf. Le spica *dextriné* pourrait être essayé dans les mêmes circonstances. Ces *spica* dextriné ou de diachylon gommé nécessitent l'intervention d'une main exercée; mais un semblable pansement pouvant amener la cure radicale d'une hernie sous-pubienne, même au bout d'un temps assez court, cette chance est une compensation bien suffisante.

L'*opération* de la hernie sous-pubienne étranglée n'a pas encore été pratiquée sur le vivant. C'est par erreur qu'on a dit que cette opération avait été tentée par Garengeot sur un de ses malades de la rue du Sépulcre, et plus récemment par un chirurgien allemand. Chez le sellier de la rue du Sépulcre, l'intestin rentra tout à coup pendant qu'on palpait la tumeur qu'on avait prise pour un abcès, et le malade fut envoyé chez un bandagiste qui put constater encore l'endroit où la hernie aurait été vue. Non-seulement ce chirurgien célèbre n'opéra pas ce malade, mais même, dans un autre cas de hernie obturatrice dont l'étranglement lui parut évident, il dit : « Cependant je me pro-

posai sur-le-champ de tenter cette voie (la réduction), car le parti des incisions présentait de grandes difficultés. »

Gadermann et Chélius ont décrit un procédé opératoire, mais je n'ai point appris qu'ils eussent pratiqué l'opération qu'ils conseillent. Richter dit positivement dans son *Traité sur les hernies :* « On ne peut rien dire de certain sur cette opération qu'on n'a point, autant que je le sache, encore pratiquée. » Sanson tient le même langage : « Il ne paraît pas, dit-il, que jamais on ait pratiqué l'opération dans un cas semblable. »

Doit-on regarder comme une opération de hernie la tentative rapportée par Malaval et qu'aurait faite Arnaud? L'intestin ayant été réduit, on fit une incision à la peau et à la graisse jusqu'au sac dans lequel on trouva une portion d'épiploon qu'on excisa avec une portion du sac. Des chirurgiens d'une grande autorité ont regardé cette observation comme apocryphe ; et si cette opération a été vraiment pratiquée, elle est toute exceptionnelle, puisque l'intestin était réductible. Ce cas a été ainsi jugé par Sabatier : « Une pareille opération ne peut servir de modèle. Les circonstances n'en sont pas exposées avec soin. D'ailleurs comment Arnaud a-t-il pu se déterminer à l'entreprendre, puisqu'il n'y avait pas d'accidents? La tumeur ne rentrait pas en entier, ce qui pouvait faire penser qu'elle était compliquée d'adhérence : mais l'adhérence seule a-t-elle été jamais une raison d'opérer les hernies? Ajoutez à cela qu'en retranchant la portion d'épiploon sortie, sans faire de ligature au reste, on s'est exposé à une hémorrhagie capable de faire périr la malade. » Astley Cooper la juge comme Sabatier : « Il est évident, dit cet auteur, que cette opération était entièrement inutile, car, puisqu'il n'y avait pas d'étranglement, un bandage aurait pu suppléer à l'opération. »

Plusieurs auteurs, et Lassus en particulier, ont pensé que l'opération de la hernie obturatrice était impraticable. « Si l'on suppose que la hernie est étranglée, dit-il, on ne conçoit pas comment ou pourrait remédier à cet accident par une opération chirurgicale. » M. Velpeau pense aussi qu'il est bien permis de ne pas la conseiller. D'autres au-

teurs qui ont également rejeté l'opération fondent leur opinion sur les considérations suivantes : ils objectent la profondeur à laquelle la hernie est située, l'épaisseur de la couche musculaire et graisseuse qui l'enveloppe, la difficulté du diagnostic, enfin et surtout le danger qu'il y aurait de blesser l'artère obturatrice; on a même été jusqu'à parler de la lésion possible de l'artère fémorale.

M. Chélius regarde au contraire cette opération comme très-faisable. H. Cloquet l'a simulée plusieurs fois sur le cadavre. « J'ai pensé, dit-il, que dans des cas extrêmes où le diagnostic serait bien sûrement établi, on pourrait tenter une opération, délicate à la vérité, mais exempte de dangers bien imminents. J'ai essayé plusieurs fois de la pratiquer sur le cadavre. » J. Gadermann indique un procédé sur lequel nous reviendrons; Dupuytren reconnaît que l'opération est praticable : « M. Dupuytren, dit Sanson, pense que dans le cas où un étranglement véritable surviendrait, il vaudrait mieux hasarder une opération douteuse que d'abandonner le malade à une mort certaine. » M. A. Bérard, qui d'abord avait pensé qu'il valait mieux abandonner la malade aux seules forces de la nature (Société de médecine, février 1840), a professé plus tard une opinion différente. « Si ces moyens (taxis, lavements de tabac, etc.) ne réussissent pas, dit-il, le chirurgien est autorisé à faire l'opération de la hernie étranglée : cette opération jusqu'ici n'a point été faite, elle offre cetainement des difficultés, mais qui n'arrêteront pas le chirurgien, puisque la mort est certaine, le malade abandonné à lui-même. »

L'opération de la hernie obturatrice, quoique difficile, est donc praticable et elle compte en sa faveur l'opinion de plusieurs chirurgiens célèbres.

Me serait-il permis d'ajouter que l'opération n'est pas si évidemment périlleuse qu'on ne puisse y voir une chance de salut au moins dans quelques cas. On a parlé de l'épaisseur des parties qui recouvrent la hernie, de la profondeur où elle est située; mais on peut répondre avec M. Bouvier que cette épaisseur est très-variable. On sait d'ailleurs que cette hernie se montre particulièrement chez les sujets maigres et d'un âge

avancé. Quant à la profondeur, la hernie peut quelquefois pénétrer entre les muscles et devenir superficielle; dans ce cas, l'opération offrirait moins de difficultés. On a parlé de la possibilité de blesser l'artère fémorale; mais cette artère est beaucoup trop en dehors de la partie où se fait la hernie sous-pubienne qui tend toujours à s'avancer en dedans vers la racine de la verge chez l'homme, ou vers la partie supérieure de la grande lèvre chez la femme : ce danger est bien plus réel dans l'opération de la hernie crurale. Quant au danger de blesser l'artère qui passe par le canal sous-pubien, on ne peut le méconnaître; l'artère obturatrice passant tantôt en dehors du collet du sac, tantôt en dedans, quelquefois des deux côtés, et enfin d'autres fois postérieurement. En débridant en dedans, comme le conseillent Astley Cooper et Dupuytren, l'on n'atteindra pas toujours l'artère obturatrice qui se trouve tout aussi souvent en dehors et quelquefois en arrière. Mêmes remarques pour le débridement en dehors et en bas, s'il est jugé préférable. Cette artère est quelquefois si petite que l'hémorrhagie qu'elle fournirait ne serait probablement pas sérieuse. D'ailleurs, en cas de lésion artérielle, le tamponnement peut être employé, comme le conseille M. Bérard; et si l'artère blessée ou bien une de ses branches se trouvait à la face antérieure du sac, comme cela avait lieu dans les observations de MM. Cruveilhier et J. Cloquet, je crois qu'il serait facile d'en faire la ligature.

J'ai exposé les raisons qui doivent militer en faveur de l'opération dans cette hernie; la plus péremptoire est le danger extrême dans lequel se trouve la malade qu'on ne peut abandonner à une mort certaine. L'étendue que peuvent acquérir certaines hernies semble indiquer que la dilatation du canal sous-pubien pourrait être tentée avec succès. Dans le cas où la dilatation serait impossible, je démontrerai plus loin que le débridement du collet du sac, *en bas et en dedans*, est préférable aux débridements en *dehors et en dedans*.

Le *premier procédé* opératoire (*incision* et *excision du sac*) est ce-

lui qui a été attribué à Arnaud et qui est rapporté par Garengeot dans les termes suivants : « Il commença par faire la réduction de l'intestin, après quoi il fit une incision sur la tumeur, seulement à la peau et à la graisse, pour découvrir le sac herniaire. Lorsqu'il l'eut découvert, il l'ouvrit et il y trouva une portion d'épiploon de la grosseur d'une noix : il le coupa dans l'endroit où il passait, entre les têtes antérieures du muscle triceps ; il coupa ensuite une portion du sac et enfonça le reste entre les têtes de ce muscle ; il garnit la plaie de bourdonnets, la pansa ensuite à la manière ordinaire, et l'opération réussit parfaitement. »

Sabatier et Astley Cooper pensent que cette opération n'a jamais été pratiquée, et j'ai déjà dit qu'elle est généralement regardée comme apocryphe.

Deuxième procédé. — Pour éviter la blessure de l'artère obturatrice, on a proposé de se borner à opérer la *dilatation* du collet du sac. Richter est le premier qui ait recommandé cette méthode, pour les cas de hernie obturatrice étranglée. « L'ouverture du sac, dit ce célèbre chirurgien, serait faite sans difficulté ; mais probablement on ne pourrait pas agrandir l'ouverture rétrécie au moyen de l'incision, mais selon la méthode de Le Blanc. » Cette méthode a été proposée de nouveau par plusieurs chirurgiens célèbres : « On serait sans doute fort embarrassé, dit Sabatier, si, dans un cas de cette espèce de hernie, on ne pouvait faire la réduction des parties déplacées. L'opération ne serait pas sans danger, eu égard à la profondeur du lieu qu'occupe la hernie et du voisinage des vaisseaux sanguins considérables qui se trouvent dans cette région ; il ne serait pas possible de débrider l'ouverture sans s'exposer à en blesser quelques-uns. L'unique ressource serait de dilater avec l'instrument de Le Blanc. Cependant, ajoute Sabatier, j'ai peine à croire qu'il eût assez de longueur pour atteindre jusqu'au lieu de l'étranglement. » Boyer et Sanson conseillent également de tenter la dilatation du collet du sac. J. Lafond rapporte également qu'après l'ouverture du sac herniaire, on a proposé de dilater le col du sac avec l'instrument

de Le Blanc, et mieux encore avec le crochet d'Arnaud, dont on introduirait l'extrémité entre le ligament et l'intestin et qu'on pousserait peu à peu, de dehors en dedans, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une dilatation suffisante. Cette méthode a été exposée avec beaucoup plus de détails par J. Gadermann : il conseille de pratiquer une incision qui intéresse la peau et le *fascia lata*, à 1 pouce au-dessous du ligament de Poupart, à une distance égale du pubis ; cette incision doit être dirigée plus en dedans qu'en dehors, et longue d'environ 4 pouces; le muscle pectiné, la longue et la courte tête du triceps, doivent être coupés obliquement. Pour opérer la réduction de l'intestin on cherchera à dilater l'anneau à l'aide de crochets mousses : la dilatation peut être faite en dedans, en dehors et en bas.

Rust dit, relativement à l'opération de la hernie obturatrice, qu'il faut faire la *dilatation* à l'aide de crochets mousses, selon le conseil de Gadermann.

M. Aug. Bérard a également proposé la dilatation de l'anneau fibreux du canal sous-pubien, dans une discussion avec M. Bouvier. « M. Bérard veut, dit M. Bouvier, qu'on se borne à dilater l'anneau obturateur ; c'est vers cette méthode qu'inclinaient Sabatier et Boyer. Dupuytren n'hésitait pas à conseiller le débridement. Je pense qu'il ne sera pas toujours nécessaire d'y recourir, et même que le plus souvent la dilatation suffira en effet pour la réduction des parties herniées, leur distension par les matières qui s'y accumulent, et par suite l'augmentation de leur volume étant la cause commune de l'étranglement en général ; d'où il suit que leur déplétion obtenue par des pressions méthodiques n'exigera plus qu'un élargissement assez médiocre de l'anneau fibreux, pour que la réduction s'accomplisse sans trop d'efforts. »

Débridement du collet du sac. — Dans cette méthode, après avoir ouvert le sac herniaire, pour favoriser la rentrée du viscère, on coupe le péritoine rétréci au collet du sac et l'arc fibreux dans lequel il s'est engagé.

En 1807, Astley Cooper conseilla de pratiquer ainsi le débridement : « Si, dit-il, dans le cas d'étranglement, on venait jamais à pratiquer l'opération pour cette hernie, on devrait débrider le ligament sous-pubien à la partie interne, à cause de la situation de l'artère épigastrique. » Ce fut, en effet, la crainte de blesser l'épigastrique qui le porta à conseiller le débridement du collet du sac à la partie interne : dans le cas qu'il avait sous les yeux, l'artère obturatrice se trouvait cependant en arrière et un peu en dedans.

Hipp. Cloquet (1812), le premier en France, donna des indications précises sur la manière de pratiquer l'opération de la hernie obturatrice : « J'ai essayé, dit-il, plusieurs fois de la pratiquer sur le cadavre, et le procédé qui m'a le mieux réussi est le suivant : Le sujet étant couché horizontalement, je commence par faire aux téguments avec le bistouri droit et pointu une incision s'étendant depuis la partie la plus interne de l'arcade crurale jusqu'au quart supérieur de la cuisse environ. Cette incision longitudinale doit passer en dedans des vaisseaux cruraux, proche des grandes lèvres chez la femme ou du scrotum chez l'homme : il faut la diriger de manière qu'elle tombe entre les bords contigus des muscles moyen adducteur et pectiné. On fait ensuite fléchir les cuisses, on écarte les muscles, et le sac est à découvert, sans que l'on ait coupé d'autres vaisseaux que quelques rameaux cutanés qu'il est facile de lier à mesure qu'on opère la section. On ouvre alors le sac avec les précautions accoutumées; et s'il est nécessaire de débrider, on peut le faire aisément avec le bistouri herniaire boutonné, que l'on porte sur la pulpe du doigt indicateur, introduit dans l'angle supérieur de la plaie et dont on dirige le tranchant en bas et en dedans. »

M. Samuel Cooper adopta (*Dictionnaire de chirurgie,* art. HERNIE) le même procédé qu'Astley Cooper; il dit également que la division du ligament obturateur et du collet du sac doit être faite en dedans; mais il ajoute que c'est pour éviter l'artère obturatrice. Si cependant, continue-t-il, ce vaisseau provenait d'un tronc commun avec l'épigastrique, elle serait en grand danger, en suivant cette méthode opé-

ratoire. Dans quelques cas publiés depuis celui d'Astley Cooper, on avait trouvé l'artère obturatrice en dehors du collet du sac.

Dupuytren conseillait un procédé analogue à celui d'Hipp. Cloquet. Sanson l'expose dans les termes suivants : « C'est à l'occasion d'une hernie du trou ovalaire, causée chez un homme par un violent effort qu'il fit pour mettre des bottes trop étroites, que M. Dupuytren chercha à déterminer ce qu'il y aurait à faire, si cette tumeur, qui sortait et rentrait avec facilité, venait à s'étrangler. Ce célèbre chirurgien s'est convaincu qu'en pratiquant une incision sur le côté interne de la tumeur, en dedans des vaisseaux cruraux, on pourrait découvrir le fond du sac logé dans l'intervalle compris entre le muscle pectiné, le premier et le second adducteur et le muscle droit interne, ouvrir cette enveloppe mise à nu et débrider en dedans, c'est-à-dire vers la branche descendante du pubis. » M. Cruveilhier a tracé, à l'occasion du fait qu'il observa sur une femme de la Salpêtrière, le procédé qu'on aurait pu suivre : « Dans le cas de hernie ovalaire étranglée, dit M. Cruveilhier, le procédé opératoire consisterait : 1° à inciser les téguments, le tissu cellulaire et l'aponévrose fémorale, le long du bord interne du muscle pectiné, dans la ligne celluleuse qui la sépare du bord externe de l'adducteur superficiel; 2° à soulever le muscle pectiné, ce qui serait facile en maintenant la cuisse dans la demi-flexion; 3° à inciser la lame aponévrotique qui forme la paroi postérieure de la gaîne du pectiné; 4° à ouvrir le sac avec les mêmes précautions que dans toutes les hernies ; 5° à débrider en bas et en dedans, pour éviter les vaisseaux qui se trouvent en dehors. Ce débridement devrait être fait en plusieurs temps : dans le premier temps on inciserait le muscle obturateur externe, et on s'assurerait si une portion de la tumeur n'est pas logée entre le muscle et la membrane sous-pubienne; dans le second temps on inciserait la membrane sous-pubienne; et dans un troisième, l'arcade aponévrotique du muscle obturateur interne. »

M. Rayer, qui a aussi examiné attentivement la question du débridement dans la hernie sous-pubienne, pense aussi qu'il faudrait débrider

en bas et en dedans. On serait moins exposé à blesser l'artère obturatrice.

Lorsque la hernie n'aura pas dépassé l'orifice externe du canal sous-pubien, l'incision ne devra porter que sur l'orifice interne; dans le cas contraire, elle devra porter successivement sur les arcs fibreux antérieur et postérieur du canal sous-pubien.

Incision de l'abdomen. — Enfin on a proposé de pénétrer par une incision dans l'abdomen, pour aller dégager l'intestin du canal sous-pubien. Martini paraît avoir conseillé le premier cette opération, sur le danger de laquelle J. Lafond s'exprime ainsi : « Quel serait en effet le chirurgien qui, en observant des symptômes d'étranglement dont il ne ferait que soupçonner le siége au trou ovale, oserait suivre le précepte de Martini et de quelques auteurs, d'ouvrir l'abdomen au-dessus du pubis, entre les muscles droits, et d'aller dégager l'intestin ? »

Richter parle également de ce procédé : « Lorsque la hernie, dit-il, fait une tumeur à l'extérieur, elle sert de guide au bistouri; mais quel danger n'y a-t-il pas à faire une profonde incision quand il n'y a pas de tumeur à l'extérieur ? Combien n'est-il pas douteux qu'on trouve la hernie ? On a conseillé, dans ces circonstances épineuses, d'ouvrir le bas-ventre au-dessus du pubis et de retirer l'intestin hors de la hernie. Mais personne, ajoute-t-il, n'a fait jusqu'à présent cette opération, et vraisemblablement on ne la pratiquera pas de sitôt. » Enfin, M. Aug. Bérard disait aussi en 1840 : « J'aimerais mieux suivre le conseil donné par Pigray pour le cas d'étranglement interne, ouvrir le ventre, et si la hernie devenait alors manifeste, attirer l'intestin en dedans. » Mais M. Aug. Bérard n'a pas reproduit cette opinion dans un article récent sur la hernie sous-pubienne. (*Dict. de méd.* en 30 vol.; Paris, 1842.)

Enfin, il y a quelques mois, dans l'ignorance de tout ce que nous venons de rappeler, un auteur anonyme, à l'occasion du cas de hernie obturatrice qui s'était présenté dans le service de M. Manec, a donné le même conseil : « Il y aurait à se demander si, en raison des

difficultés très-réelles de l'opération pratiquée au haut de la cuisse, on ne pourrait pas (c'est une idée que nous soumettons avec timidité au jugement de nos confrères) pratiquer la herniotomie par l'intérieur du ventre. On ferait une incision au-dessus du ligament de Poupart, comme pour la ligature de l'artère iliaque externe, avec cette différence que l'on diviserait le péritoine et que l'on irait avec le doigt à la recherche de l'organe hernié. Il ne serait pas difficile de débrider de dedans en dehors, d'autant plus que l'on pourrait s'aider de la traction directe, très-modérée bien entendu, sur l'intestin ou l'épiploon déplacé. Cette idée, ajoute l'auteur, paraîtra hardie et même téméraire, et il n'y a qu'un chirurgien d'une grande autorité qui pût se permettre de lui donner suite. Toutefois, en quoi l'opération consisterait-elle en définitive? Dans la production d'une plaie pénétrante de l'abdomen, sans complication de lésion des organes contenus. Cette complication pourrait exister par le fait de l'étranglement, mais par cela même, elle serait indépendante de l'opération. Or, les chirurgiens ont appris par des faits réitérés que les plaies pénétrantes du ventre, alors même qu'une portion du paquet intestinal a fait issue, ne sont pas aussi graves qu'on aurait pu le craindre. » (*Gazette des hôpitaux*, t. 6, n° 99, samedi 24 août 1844, p. 393.)

Après avoir exposé les avis des chirurgiens les plus célèbres sur la conduite à tenir dans des cas si difficiles, s'il m'était permis d'émettre une opinion, je la formulerais en ces termes :

1° Dans tous cas où la tumeur formée par la hernie sous-pubienne sera facilement appréciable à l'extérieur, et toutes les fois que l'instrument n'aura à traverser qu'une couche peu épaisse pour arriver au sac herniaire, comme chez les individus maigres et chez les vieillards, l'incision de la peau, des muscles et du sac herniaire sera pratiquée suivant la méthode de M. Hipp. Cloquet. Puis on tentera la dilatation, conseillée par Gadermann, à l'aide de crochets mousses et suffisamment longs. Si la dilatation ne rend pas facilement praticable la réduction, on opérera le débridement en incisant le collet du sac et l'anneau fibreux, *en bas et en dedans*.

2° Si la tumeur herniaire n'est pas nettement appréciable à l'extérieur, et si le malade a beaucoup d'embonpoint; ou si, dans le diagnostic, on hésite entre une hernie sous-pubienne et un étranglement interne par une bande fibreuse, ou sous une adhérence dans l'excavation du bassin, on ouvrira l'abdomen inférieurement, soit sur la ligne médiane, soit au-dessus du ligament de Poupart, pour tenter le dégagement de l'intestin.

On aurait soin préalablement de faire vider la vessie afin de la soustraire au danger d'être atteinte dans l'opération. Je ne me dissimule ni les incertitudes, ni les dangers d'une telle opération; mais elle me semble justifiée par une considération décisive exprimée dans cette sentence de Celse : *Meliùs anceps quam nullum remedium.*

VII.

OBSERVATIONS DE HERNIE SOUS-PUBIENNE (HERNIE OBTURATRICE).

Après avoir rassemblé tous les cas de hernie sous-pubienne qui ont été publiés jusqu'à ce jour et après les avoir étudiés avec soin, je n'ai pas tardé à me convaincre que la plupart de ces observations particulières offraient des omissions graves, soit relativement aux symptômes observés pendant la vie, soit relativement aux rapports de la hernie avec les parties voisines ou aux rapports des vaisseaux obturateurs avec le collet du sac. Toutefois, bien qu'incomplètes à plusieurs égards, ces observations m'ont paru offrir toutes assez d'intérêt pour que j'aie cru devoir les reproduire textuellement dans cette dissertation. D'ailleurs il m'a semblé que la description générale d'une maladie aussi rare serait utilement complétée par les faits particuliers dont le rapprochement éclaire plusieurs points obscurs de l'histoire de cette espèce de hernie.

J'ai reparti ces observations dans trois groupes : le premier comprend les cas de hernie sous-pubienne rencontrés, par hasard, sur le cadavre ; le deuxième, ceux dans lesquels cette espèce de hernie a été seulement soupçonnée pendant la vie ou prise pour un étranglement interne ; enfin, le troisième comprend un petit nombre de cas dans lesquels la hernie sous-pubienne a été constatée pendant la vie.

1° *Cas de hernie obturatrice observés sur le cadavre.*

Observation I. — Double hernie obturatrice, observée sur le cadavre d'une femme livrée aux dissections. (Obs. de Duverney, citée par Garengeot, *Mém. sur plusieurs hernies singulières.*)

Duverney trouva dans un même bassin d'une femme qu'il disséquait deux portions d'intestin qui avaient enfoncé le péritoine aux parties supérieures des deux trous ovalaires, et avaient formé deux tumeurs, chacune de la grosseur d'un œuf, entre les têtes antérieures des muscles *triceps* de chaque côté ; et comme ces tumeurs intestinales n'étaient pas encore assez avancées pour faire prononcer une éminence à la graisse et à la peau qui les recouvrait, on n'apercevait aucune saillie en dehors.

Obs. II. — Hernie obturatrice du côté droit, chez une femme ; point de tumeur appréciable à l'extérieur. (Heuermann, *Mémoires sur les principales opérations chirurgicales* (en allemand), t. 1er ; Copenhague et Leipsick, 1773.)

J'ai vu une hernie obturatrice au côté droit sur le cadavre d'une femme. Je conserve cette préparation, parce que l'on n'a pas occasion de voir des cas semblables tous les jours ; mais, dans cette circonstance, on ne distinguait pas à l'extérieur de tumeur ni volumineuse, ni même appréciable ; seulement lorsque j'examinais les parties qui avoisinent la vessie, je remarquai à côté d'elle, à sa droite, un prolonge-

ment du péritoine qui passait par le trou ovale et qui enveloppait une portion d'intestin qui avait environ un doigt et demi de longueur. Le sac péritonéal était logé sous la première et la seconde tête du triceps, et sous le pectiné; quoique solidement adhérent, il put être isolé avec précaution, et je reconnus alors qu'il aurait pu contenir aisément un petit œuf de poule. Mais dans quel état s'était trouvée la femme? Par quelles causes cette hernie avait-elle pris naissance? C'est ce que je n'ai pu apprendre, parce que jamais elle ne s'était plaint de douleurs sur ce point; ce qui m'étonne d'autant moins que la portion d'intestin qui se trouvait dans le sac n'était pas adhérente.

Obs. III. — Hernie du trou ovale du côté droit, chez un homme; coïncidence d'une hernie inguinale du même côté. (Astley Cooper, *Œuvres chirurgicales*, trad. franç. par MM. Chassaignac et G. Richelot, p. 369; Paris, 1835.)

La préparation anatomique de ce cas, qui est le seul de cette espèce que j'aie observé, se trouve dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas. Dans ce cas, le sac herniaire était tellement petit, que j'hésitai d'abord à le faire dessiner; mais quand je réfléchis que le danger des hernies est assez habituellement en raison directe de leur peu de volume, et que ce petit sac indique aussi bien qu'un grand la position de la hernie; en outre, quand je songeai que, selon toute probabilité, cette herninie acquiert rarement un grand volume, il me semble que ce cas méritait d'être noté.

Cette hernie existait chez un homme, et fut observée par hasard en faisant la préparation d'une hernie inguinale du même côté.

Le collet du sac, à sa partie antérieure, se trouvait en rapport immédiat avec le pubis dans les trois-quarts de sa circonférence. Ce collet était entouré par le ligament sous-pubien. La partie du sac opposée au collet était placée au-dessous du court adducteur et de l'attache supérieure du pectiné. Le volume de la portion du sac herniaire placée dans l'épaisseur de la cuisse n'excédait pas celui d'une muscade.

L'artère obturatrice et le nerf étaient situés en arrière du collet du sac et un peu à son côté interne.

Obs. IV. — Deux sacs de hernie obturatrice. (Lawrence, *Traité des hernies*, p. 564; 1810.)

Un cadavre présentait de chaque côté une petite cavité capable de recevoir l'extrémité du petit doigt; dans ce cas comme dans celui de Cooper, les vaisseaux obturateurs étaient en dehors et derrière le sac.

Obs. V. — Hernie sous-pubienne du côté droit, chez une femme; point de tumeur appréciable à l'extérieur; étranglement, inflammation du sac, etc. (Cloquet (Hipp.), *Bulletin de la Faculté et de la Société de médecine*, n. 180. — *Journal de Corvisart*, t. 25, p. 194, 18.)

La hernie existait du côté droit; la femme qui la portait semblait avoir de trente-six à quarante ans, son cadavre n'était nullement émacié; aucune tumeur sensible ne se laissait apercevoir à l'extérieur, au moins autant que je me le puis rappeler, après un examen superficiel. A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai les intestins grêles, en grande partie sphacélés, et un épanchement de matières stercorales. Je ne savais trop d'abord à quoi attribuer cet état pathologique, lorsqu'en disséquant les muscles de la cuisse, je rencontrai une tumeur ovoïde du volume d'un petit œuf de poule environ, et recouverte par plusieurs des muscles de la partie supérieure et antérieure de la cuisse; j'injectai aussitôt les vaisseaux du membre par l'artère iliaque primitive, et je procédai à des recherches plus exactes.

Cette tumeur était logée dans un espace vide, circonscrit en dedans et en dehors par le moyen du pectiné, en dedans et en devant par le moyen adducteur, en arrière par ce petit adducteur et par l'obturateur externe: en haut elle répondait à la portion osseuse du pubis, excepté dans ce dernier sens, elle était donc de tous côtés entourée par des muscles, ce qui probablement l'avait empêchée de faire une forte saillie au dehors, quoiqu'elle eût soulevé d'une manière sensible

le pectiné et le moyen adducteur près de leurs attaches aux os du bassin.

Le premier de ces muscles la séparait des vaisseaux cruraux, qui étaient par conséquent en dehors de la tumeur; mais elle reposait immédiatement à nu sur les vaisseaux et le nerf obturateur, après leur sortie de l'excavation pubienne et sur l'artère circonflexe interne peu après son origine.

Fort peu de tissu graisseux se remarquait aux environs, quoique le cadavre en offrît assez abondamment partout ailleurs; la tumeur était molle et comme pâteuse; en haut elle offrait un rétrécissement marqué, lieu de l'étranglement, et nulle part son volume n'était aussi considérable que dans sa partie moyenne; elle n'adhérait que fort peu aux organes voisins.

En l'ouvrant, il fut facile de la reconnaître pour un sac herniaire dont les parois, en général, très-minces, n'étaient formées que par le seul péritoine. Le sac ne renfermait aucun fluide et n'adhérait point aux parties contenues, si ce n'est en arrière où il était fortement phlogosé. Il renfermait un paquet d'épiploon aggloméré, vivement enflammé d'un rouge intense, et dont les replis faciles à développer tenaient au sac postérieurement et cachaient une portion d'intestins absolument sphacélés.

En examinant les choses dans le sens opposé, c'est-à-dire du côté de l'excavation du bassin, on pouvait se convaincre aisément que cette hernie s'était formée par la sinuosité oblique que le trou sous-pubien présente en haut. On remarquait là, en effet, une cavité infundibuliforme tapissée par le péritoine, qui se prolongeait manifestement au dehors pour constituer le sac: c'est par cette espèce d'entonnoir que s'introduisait en dedans et en avant et dans une direction, pour ainsi dire, opposée à celle des vaisseaux obturateurs, une portion considérable dépiploon derrière laquelle se glissait une anse d'iléon; d'ailleurs le péritoine n'offrait aucune altération. En dehors, il était appliqué comme à l'ordinaire, sur les vaisseaux et sur le nerf obturateur

qui n'avaient pas changé de position, mais qui passaient en arrière et en dehors du sac, étant un peu croisés par lui dans leur direction.

Tel était l'état offert par les parties malades : malheureusement je n'ai aucun détail, ni sur l'étiologie, ni sur les symptômes de cette affection : je puis néanmoins affirmer que l'étranglement de la hernie a occasionné la mort du sujet; la chose était évidente. On voit, d'après la description que je viens de donner, que les vaisseaux obturateurs se trouvaient placés en arrière et en dehors du sac; et cela ne pouvait être autrement, puisqu'ils se trouvaient collés le long de la paroi latérale du petit bassin et recouverts là par le péritoine. Le sac doit, par conséquent, nécessairement se former toujours en pareil cas, en dedans de leur passage, seul endroit par où les viscères puissent refouler le péritoine.

Obs. VI. — Hernie du trou sous-pubien gauche, entéro-épiplocèle étranglée sur le cadavre d'une femme très-maigre, âgée d'environ cinquante ans. Pavillons de l'École pratique; 1816. (Jules Cloquet, *Pathologie chirurgicale*, thèse présentée, le 20 mars 1831, au concours pour la chaire de pathologie externe, p. 107, pl. 5, fig. 1, 2, 3, 4, 5, 6.)

Sur ce cadavre, la face était grippée et la bouche remplie de matières stercorales, bilieuses et liquides. A l'extérieur, on observait une légère élévation formée par une tumeur arrondie, rénitente et située profondément dans la région inguinale inférieure du côté gauche (voir pl. 7); la peau qui la recouvrait était d'une couleur rouge violacée. A l'ouverture du cadavre, je trouvai toute la partie supérieure de l'intestin grêle enflammée et énormément distendue par des matières fécales liquides et par du gaz. Cette portion, ainsi dilatée, se terminait au trou sous-pubien gauche, dans lequel se trouvait engagée et étranglée une anse de l'intestin. L'extrémité inférieure de celui-ci, vide et exempte d'inflammation, sortait par la partie inférieure et interne de l'anneau sous-pubien et était contractée au point

qu'elle avait au plus le volume du petit doigt. La partie supérieure de l'intestin étranglé offrait, immédiatement au-dessus de l'endroit où elle s'engageait dans le trou sous-pubien, deux petites crevasses par lesquelles les matières fécales s'échappaient pour passer librement dans la cavité du péritoine. Il est probable que l'épanchement de ces dernières n'avait eu lieu que peu de temps avant la mort, car le péritoine n'était enflammé que sur la portion d'intestin supérieure à l'étranglement.

Une frange d'épiploon s'engageait avec l'anse intestinale dans la partie supérieure de l'anneau sous-pubien. La dissection de la tumeur ayant été faite de dehors en dedans, je trouvai qu'elle était successivement recouverte par la peau et le *fascia superficialis*. Il y avait deux veines saphènes qui étaient un peu déjetées en dehors par la tumeur, ainsi que les vaisseaux cruraux au-dessous du fascia superficialis, la tumeur était recouverte par l'aponévrose fémorale et les muscles moyen adducteur et pectiné qu'elle soulevait. Ce dernier était aplati, aminci et infiltré de sérosité. Les fibres charnues du petit adducteur étaient écartées au devant de la tumeur, de sorte que celle-ci, passant à travers leur écartement, était en contact immédiat avec les muscles moyen adducteur et pectiné. La tumeur, oblongue et obliquement dirigée en haut et en dedans, était séparée par un rétrécissement moyen, en deux parties, l'une supérieure plus grosse, et l'autre inférieure plus petite. La partie supérieure remontait vers l'épine du pubis, au-devant du muscle obturateur externe et derrière quelques fibres du petit adducteur. Cette partie du sac se trouvait plus élevée que l'ouverture du trou sous-pubien qui donnait passage à la hernie. Les vaisseaux obturateurs, qui naissaient des artère et veine hypogastriques, étaient placés avec le nerf obturateur, en dehors et en arrière de collet du sac. L'artère obturatrice, au-dessous de ce collet, se divisait en deux branches : une inférieure, qui passait derrière le sac pour aller se distribuer au muscle obturateur externe et au petit adducteur; l'autre, passant également derrière le sac, se contournait à sa partie interne au niveau de son rétrécissement, et revenait ensuite

au-devant de lui pour se porter au muscle pectiné. Le sac herniaire était mince, fortement enflammé, d'une couleur rouge foncée, et entouré de tissu cellulaire infiltré de sérosité sanguinolente. Ce sac reposait en arrière sur le muscle obturateur externe qu'il séparait du ligament de ce nom. Le sac était rempli, à sa partie supérieure et antérieure, par une portion de l'épiploon enflammé. L'anse étranglée de l'intestin avait 2 pouces de longueur, et se trouvait en arrière et au-dessous de l'épiploon; elle était noire, tendue, et ses parois étaient épaisses et infiltrées de sang. (Voir dans cette thèse les dessins de la planche 7 et leur explication.)

Obs. VII. — Hernie obturatrice du côté droit chez une femme. (Rust, *Handbuch der chirurgie*, bond. 8, p. 528; 1832.)

J'ai vu, il y a quelques années, une hernie du trou ovale du côté droit, sur un cadavre de femme porté à l'amphithéâtre anatomique de l'Académie médico-chirurgicale de Dresde.

Le sac herniaire était situé à la face interne et au-devant des vaisseaux du trou obturateur; il était tellement rétréci, particulièrement à son col, que les viscères qui l'avaient occupé devaient être réduits depuis longtemps.

Cette préparation offre une preuve de la guérison possible de cette hernie, même sans traitement.

Obs. VIII. — Cas de hernie obturatrice; point de détails. (A. Vinson.)

Dans le courant de l'année 1842, à la Faculté de Paris, un élève subissant son deuxième examen avait à préparer les muscles de la cuisse; il fut fort surpris de rencontrer dans leur épaisseur et sortant par le trou ovalaire, une anse intestinale d'une longueur remarquable: il la respecta, et à l'épreuve anatomique, M. Blandin, qui était l'un des examinateurs, crut devoir faire remarquer aux élèves ce cas curieux de hernie obturatrice.

Obs. IX. — Traces d'une hernie obturatrice double; deux sacs herniaires, chez une femme très-âgée. (Extrait des procès-verbaux des séances de la Société anatomique, bulletin n° 5, p. 134; juillet 1839.)

Sur une femme de soixante et quinze ans, M. Cruveilhier trouva une hernie ovalaire de chaque côté. Les deux sacs étaient vides, ce que M. Cruveilhier dit être le cas le plus ordinaire, de sorte qu'il serait porté à croire que, dans ces cas, la formation du sac précède l'introduction des intestins dans son intérieur.

Obs. X. — Hernies *crurale* et *obturatrice* existant *simultanément* du même côté, chez un homme. (Observ. par M. Demeaux, *Bulletins de la Société anatomique*, n° 20; année 1839.)

La hernie crurale est formée par l'épiploon; ce genre de hernie a été si souvent et si bien décrit que je me contenterais de la signaler sans quelques particularités remarquables. La partie herniée s'est échappée de l'abdomen, en dedans des vaisseaux fémoraux, sans pénétrer dans le canal crural...

La hernie ovalaire est une affection rare, par conséquent peu connue.

Voici ce que j'ai observé sur la pièce en question.

Examiné du côté du bassin, le sac est vide (il renfermait une anse d'intestin); l'ouverture qui lui a donné passage est considérablement agrandie : elle a 8 lignes de diamètre. Immédiatement au dehors du sac, on voit l'artère ombilicale qui croise le canal déférent un peu au-dessous du niveau de l'ouverture; ce dernier canal contourne le collet du sac, passe au-dessous de lui, et se distribue en suite de la manière accoutumée. En soulevant le péritoine pour arriver jusqu'à l'ouverture, on voit, immédiatement en dehors de la hernie, le nerf obturateur accollé contre le sac; un peu plus bas, et encore un peu en dehors, on voit l'artère obturatrice, et enfin, encore en bas et un peu en dedans, on voit la veine du même nom. Examinés hors du bassin,

les rapports ne sont pas les mêmes : immédiatement en bas, on aperçoit le nerf; l'artère se trouve tout à fait en dedans, la veine se trouve directement en haut. Il résulte de cette disposition que les vaisseaux et le nerf contournent la hernie en décrivant autour d'elle une demi-spirale.

Le sac herniaire, arrivé à la partie supérieure et interne de la cuisse, s'applique immédiatement, après sa sortie du bassin, sur le bord supérieur du muscle obturateur externe, et se loge dans une masse de tissu cellulaire assez abondante dans cette région. Si on l'examine dégagé de ce tissu cellulaire, on voit qu'il est en rapport, en haut et en dehors, indépendamment des os dont je ne parle pas, avec le muscle pectiné; en avant, il est recouvert par les muscles petit et moyen adducteurs qui sont appliqués presque immédiatement sur lui, et en dedans, par le muscle grand adducteur.

2° *Cas de hernie sous-pubienne pris pour des cas d'étranglement interne ou hernies sous-pubiennes soupçonnées pendant la vie et reconnues après la mort.*

OBSERVATION I. — Hernie obturatrice du côté gauche, chez une femme; symptômes de hernie étranglée; mort. (Cas observé par M. Breschet, et rapporté par M. Jalade-Lafond, *Considérations sur les hernies abdominales*, 1re partie, p. 307; Paris, 1822.)

M. le docteur Breschet m'a dit avoir rencontré cette hernie sur une femme qui mourut à l'hôpital Saint-Antoine après avoir offert tous les accidents propres aux hernies étranglées et aux phlegmasies intenses des intestins et du péritoine. A l'ouverture du cadavre, on reconnut une inflammation de ces parties, qui paraissait avoir été produite par l'issue d'une petite portion de l'intestin grêle par l'ouverture sous-pubienne du côté gauche. L'intestin, pincé dans presque tout son calibre, ne formait point d'anse à la partie antérieure du trou ovale, et le

manque de tumeur au dehors avait empêché de reconnaître la cause des accidents auxquels la malade avait été en proie, et qui l'ont fait succomber.

Obs. II. — Symptômes d'entérite, puis de hernie étranglée, chez une femme; point de tumeur appréciable à l'extérieur; mort; détails anatomiques; hernie par le trou sous-pubien, etc. (Obs. du docteur J. Gadermann, *Revue médicale*, n° 128 ; année 1825.)

Une veuve, âgée de soixante et quinze ans, étant restée pendant assez longtemps dans une église, revint chez elle avec tous les symptômes d'une entérite des plus intenses. Un traitement antiphlogistique très-actif n'apporta aucune diminution dans les douleurs qu'éprouvait la malade ; la constipation résista également à tous les moyens employés pour la combattre. Le cinquième jour de la maladie, la patiente vomit des matières fécales ; cependant *il n'existait aucune tumeur vers l'anneau inguinal*, non plus que sous l'arcade ovalaire; ces parties n'étaient le siége d'aucune douleur; il ne s'en manifesta une que pendant le dernier jour de la vie dans la région du trou sous-pubien, mais aucun signe de hernie n'accompagnait ce sentiment pénible.

La constipation céda enfin tout à coup à des efforts considérables pour aller à la selle, et les vomissements dont nous avons parlé cessèrent. Le neuvième jour, tous les symptômes de la maladie disparurent, et l'appétit parut même revenir; mais bientôt des faiblesses générales annoncèrent la mort, qui arriva le quatorzième jour.

Autopsie cadavérique. — L'examen des parties externes ne fournissait aucune indication sur la cause de la maladie ; dès qu'on eut ouvert la cavité abdominale, on vit les gros intestins immédiatement sous la paroi antérieure. Les intestins grêles étaient situés profondément dans le petit bassin; une anse de ces derniers adhérait au pourtour du trou ovalaire. L'ouverture du ligament obturateur qui donne passage aux vaisseaux et aux nerfs de ce nom, offrait 1 pouce de diamètre, et ren-

fermait le collet d'un sac herniaire; ce sac lui-même était situé derrière les muscles qui recouvrent antérieurement le corps du pubis, et s'étendait au-dessous de l'insertion de la courte portion du triceps, partie antérieure de la base du col du fémur. Tout le sac était sphacélé et offrait plusieurs perforations; il était plein d'un ichor fétide qu'on retrouvait jusqu'au milieu de la cuisse, entre les muscles adducteurs. La paroi antérieure de l'anse intestinale qui adhérait au trou sous-pubien se trouvait dans le sac herniaire, et formait une sorte de diverticule de 4 pouces de longueur sur 1 et demi de largeur; sa ténuité égalait celle du papier le plus fin, tandis que la paroi postérieure, demeurée dans l'abdomen, offrait un demi-pouce d'épaisseur aux deux extrémités de cette anse; l'intestin avait le calibre d'une grosse sonde. L'artère obturatrice venait de l'épigastrique, et marchait d'abord à la partie interne, puis au-devant du sac. (Cette observation se trouve aussi traduite en anglais dans le tome 1er de *London medical gazette*, page 199. Parmi les extraits des journaux, elle est donnée sous ce titre : *Fatal case of thyroïdeal hernia;* elle est extraite de : *Ueber den Bruch durch das Hufkeinloch uebot einem reltenem Falle, Nieruber von*, docteur J. Gadermann, prosector, etc., zu Landshut; Landshut, 1823, 8 vol.).

Obs. III. — Douleur subite à la région lombaire et à l'aîne du côté gauche; point de tumeur à l'aîne; vomissements attribués à une néphrite; on soupçonne un étranglement interne; hernie du trou ovale du côté gauche; mort. (Mareschal, in *Journal des progrès des sciences et des institutions médicales*, t. 10, p. 245; année 1828.)

Madame H. G., âgée de quarante-sept ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution délicate, éprouva *subitement*, dans la nuit du 9 septembre 1827, une douleur très-aiguë qui s'étendait de la région lombaire gauche vers l'hypogastre et l'aine du même côté. La jambe gauche était dans un état d'engourdissement interrompu de temps en temps par des douleurs si violentes qu'il semblait à la malade qu'on déchirait cette partie. La région lombaire était doulou-

reuse; mais on pouvait impunément comprimer la cuisse et la région inguinale sans en augmenter la sensibilité; les urines étaient rares, rouges, et expulsées avec peine, le pouls petit et profond; la face se décomposait à chaque instant, la malade était dans une anxiété et une agitation extrêmes.

L'ensemble de ces symptômes et l'absence de toute tumeur dans la région inguinale firent penser à une néphrite aiguë. (Vingt sangsues sur les parties douloureuses, cataplasmes de farine de lin, fomentations émollientes, bains de siége, émulsions, etc.)

Le lendemain, le hoquet et des nausées survinrent. Cet accident pouvait n'être que sympathique d'une néphrite; c'est ce que pensa aussi le docteur Fristot, d'autant plus que, quelques années auparavant, il avait donné des soins à cette dame pour la même maladie. (Vingt sangsues sur la région lombaire, continuation des moyens précédents.)

Rétention d'urine pendant quarante-huit heures; la malade s'oppose au cathétérisme.

Pendant deux jours, les symptômes parurent s'amender, les douleurs avaient cessé; les vomissements s'éloignèrent, mais se renouvelèrent le septième jour; aucune tumeur ne paraissant à l'intérieur, nous soupçonnâmes un étranglement interne; mais de quelle nature était cet étranglement, et quel en était le siége? Une consultation à laquelle furent appelés MM. Marchand, Moizin, Fristot, Willaume, eut lieu le 16. Ce jour-là, il y avait encore une rémission bien marquée; un lavement laxatif donné la veille avait procuré dans la nuit plusieurs évacuations, et depuis ce moment, les vomissements avaient cessé. Le diagnostic devenait plus difficile: avait-il existé un changement momentané, ou la maladie n'avait-elle été qu'une néphrite aiguë compliquée d'iléus? Dès le même soir, tous les doutes furent levés, le hoquet revint, accompagné d'éructations fétides, et le lendemain, de nombreux et d'abondants vomissements de matières fécales prouvèrent assez l'existence d'un étranglement interne. L'huile de ricin et les boissons laxatives étaient sans effet; les lavements purgatifs n'étaient plus suivis d'aucune évacuation; depuis plusieurs jours, la face

était grippée et le pouls misérable; la malade expira dans la soirée du 23, c'est-à-dire le quatorzième jour de sa maladie.

Autopsie. — Péritonite très intense, écoulement considérable de sérosité. L'épiploon, tiré vers la région inguinale gauche, imprime un sillon sur les intestins; son extrémité était engagée dans le trou ovale, ainsi qu'une anse de l'iléon, qui se trouvait ainsi complétement étranglée. La portion d'intestin au-dessus de l'étranglement était fortement distendue par les matières accumulées, tandis que la portion inférieure était vide. Ayant divisé transversalement les muscles de la partie interne de la cuisse, nous portâmes ce membre dans une forte adduction, afin de constater les rapports des parties entre elles. Le sac n'avait que le volume d'une noisette, et ne fournit aucune saillie à l'extérieur; il était directement derrière le pubis et entouré en grande partie par le ligament obturateur, il se trouvait ainsi dans un espace recouvert par le pectiné, le moyen adducteur; et postérieurement par l'artère et le nerf obturateur, des adhérences fortes et nombreuses retenaient le sac herniaire: l'intestin ramolli se déchira à la moindre traction. Le rein gauche présentait dans sa partie inférieure un ramollissement notable.

Obs. IV. — Constipation et vomissement chez une vieille femme; point de tumeur herniaire; vomissements de matières stercorales; mort. Hernie par le trou ovale. (Jos.-A. Smith, *Lancet*, p. 735; London, 1830.)

Madame E., femme âgée, non mariée, d'habitudes frugales, vint me consulter le 12 juin. Elle avait été vue la semaine précédente par un autre praticien, qui avait cessé de lui donner des soins après avoir infructueusement employé des purgatifs, dans le but de faire cesser la douleur et la constipation qui s'étaient déclarées dix jours auparavant. D'après son récit, elle n'avait eu aucune évacuation alvine dans cette période. Je la trouvai se plaignant d'une douleur, qui augmentait un peu par la pression; le pouls était fréquent, mais plein; elle

avait la langue assez nette; l'esprit rassuré, car, disait-elle, elle avait souffert plusieurs attaques semblables depuis vingt ans. Elle avait conservé de l'appétit, bien qu'elle rejetât constamment sa nourriture et ses médicaments peu de minutes après leur ingestion; et pendant les dix jours que je lui donnai mes soins, les symptômes ne varièrent point.

L'inspection la plus attentive et la plus minutieuse que firent moi-même et mes amis ne nous fit découvrir ni tumeur ni saillie dans aucun des lieux propres aux hernies. La douleur dont cette femme se plaignait, et qui diminua quelques jours avant sa mort, n'était point limitée à un point précis. Elle n'avait point de hoquet, mais les matières rejetées par l'estomac prirent de bonne heure une odeur stercorale.

La malade maigrit rapidement; son pouls, cependant, conserva sa force jusqu'à la fin, et son intelligence demeura entière. Elle mourut vingt et un jours après la dernière évacuation, les symptômes ayant peu varié.

Examen du cadavre.

Mon ami M. W. N. S. Cooper, qui avait vu la malade, assista à l'autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, notre attention fut attirée par une disposition curieuse : les intestins grêles, pâles et extrêmement distendus, étaient en partie recouverts par l'épiploon, dans lequel on ne voyait aucune partie graisseuse; il n'en existait point non plus dans la duplicature qu'il formait autour du colon.

Nous trouvâmes celui-ci à sa place ordinaire; mais il était si contracté qu'il ressemblait plutôt à l'artère fémorale vide qu'à toute autre chose. Il n'était pas réellement plus grand; ses *saccoli* étaient oblitérés; ses parois étaient blanchâtres, épaissies et opaques. Il n'y avait ni adhérences ni traces de phlegmasie; la membrane muqueuse de l'estomac était rouge, épaissie par plaques, et cette altération était un peu plus prononcée à mesure qu'on s'avançait vers le jejunum et l'iléon. En suivant vers la partie inférieure l'intestin grêle, nous

vîmes qu'il était évidemment étranglé dans l'ouverture par laquelle passent l'artère et le nerf obturateurs. En disséquant extérieurement le sac, nous trouvâmes la veine et l'artère obturatrices sur la partie interne et postérieure de la hernie.

L'os pubis formait la limite antérieure du sac, et sa partie externe et inférieure était étroitement embrassée par le ligament obturateur. Nous détachâmes la tête du pectiné et du court adducteur à leur insertion supérieure pour découvrir le sac. Il était épaissi et uni par de fortes adhérences aux parties environnantes. Il contenait un peu de sérosité et une anse intestinale complétement gangrenée.

Obs. V. — Constipation opiniâtre chez une femme âgée de quatre-vingts ans; symptômes d'étranglement intestinal; deux hernies inguinales réductibles; hernie par le trou ovalaire du côté droit; mort. (Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, in-folio, pl. 6, 15e livraison, p. 1 et 2.)

Une indigente de la Salpêtrière, âgée de quatre-vingts ans environ, entra à l'infirmerie le 25 octobre 1832, pour une constipation opiniâtre, qui se conciliait d'ailleurs avec l'état de santé le plus satisfaisant; un lavement de deux onces d'huile de ricin est administré le 27. Dans la nuit du 27 au 28, la malade est prise de tous les accidents de l'étranglement. M. Piedagnel ayant eu l'obligeance de me faire prévenir, je me rendis auprès de cette malade qui présentait en effet tous les symptômes de l'étranglement. Pouls misérable; extrémités froides; ventre volumineux, mais peu sensible à la pression; vomissements continuels: la malade vomit, en ma présence, ce liquide provenant de l'intestin grêle, qu'on désigne improprement sous le nom de matières fécales.

Il existait deux hernies inguinales, dont la gauche plus considérable, qui se réduisaient avec la plus grande facilité et ne pouvaient être considérées comme le point de départ des accidents.

La malade, qui avait toute sa connaissance, et qui ignorait néanmoins complétement sa fâcheuse position, mourut ce même jour à une heure de l'après-midi.

Ouverture du cadavre. — La hernie inguinale droite contenait de la sérosité et une anse intestinale La hernie gauche n'était autre chose qu'un sac herniaire dont l'orifice était froncé.

L'estomac était très-ample, excepté vers le pylore, où il se rétrécissait brusquement, et était réduit, dans l'espace d'un pouce, aux dimensions de l'intestin grêle : il contenait beaucoup de gaz et un liquide trouble.

Une disposition insolite de l'intestin appela notre attention : quatre grandes circonvolutions se dirigeaient obliquement de haut en bas et de gauche à droite. Je déployai l'intestin en partant du pylore, et je vis bientôt que la direction oblique que je viens de signaler était due à une anse d'intestin qui s'engageait dans le canal sous-pubien, du côté droit. La portion d'intestin déplacée était située à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'intestin grêle.

Obs. VI. — Vomissements chez une femme très-âgée; douleur abdominale; prostration; point de tumeur appréciable au pli de la cuisse; hernie sous-pubienne (droite); mort; détails anatomiques. (*Bulletins de la Société anatomique*, année 1840 (octobre). *Bulletins* 7 et 8, p. 216.) Cette observation a été recueillie avec beaucoup de soin, dans le service de M. Bouvier, par M. Fiaux, interne des hôpitaux.

La nommée Glaitzin (Marie-Marguerite), âgée de quatre-vingt-un ans, admise à la Salpêtrière en 1837, à cause de son extrême vieillesse, entra, le 31 janvier 1840, à l'infirmerie, salle Saint-Luc, n° 4, dans le service de M. Bouvier.

Le 29, après avoir déjeuné comme à l'ordinaire, cette femme avait été prise d'un malaise général, avec frisson pendant toute la journée, refusant toute espèce d'alimentation. Le soir, à six heures, nausées, vomissements de matières bilieuses, mélangées d'aliments. Elle continua à vomir pendant la nuit : douleurs vives dans le ventre, non circonscrites; douleurs sourdes et profondes dans les muscles et les articulations, que la malade attribuait à des douleurs de goutte; absence complète de garde-robe : deux fois elle demanda le bassin pour uriner,

Le 30, mêmes symptômes, mais plus prononcés; respiration difficile; bouche amère, *comme empoisonnée* (expression de la malade) ; soif très-vive; pas de hoquet; nausées et vomissements de matières bilieuses, sans mélange d'aliments. Les boissons, prises en petite quantité, sont vomies à diverses réprises et sans effort; pas de garde-robe, ventre toujours douloureux, agitation, plaintes. Cet état se prolonge toute la journée; pendant la nuit il persiste : la malade a des envies de vomir, mais pas de vomissements.

Le 31 , accablement extrême, extrémités froides, impossibles à réchauffer; soif très-vive , dégoût pour les aliments; pas de hoquet, de nausées ni de vomissements; plaintes, gémissements, surtout lorsqu'on vient à la mouvoir. (Ces renseignements nous ont été donnés par les infirmières qui donnaient des soins à la malade, et en particulier par une de ses voisines de lit, femme très-intelligente.)

Le soir, elle entra à l'infirmerie, et, à la visite du 1er février, nous la trouvâmes dans l'état suivant : stature élevée, membres développés, os volumineux; constitution paraissant primitivement forte, affaiblie maintenant par l'âge. Décubitus dorsal, prostration extrême, immobilité absolue, facies cadavéreux, pour ainsi dire cholérique; traits retirés, joues creuses, nez effilé, yeux fermés, s'ouvrant avec difficulté. Interrogée pour savoir où elle souffre, elle répond en portant la main sur l'abdomen; on comprime cette région dans toute son étendue, la malade ne pousse aucune plainte.

Les circonvolutions intestinales se dessinent à travers les parois abdominales qu'elles soulèvent, sonoréité de toute l'étendue du ventre.

Lèvres sèches, langue sèche, rouge et râpeuse, couverte à sa base d'un enduit ferrugineux; soif vive, inappétence complète, pas de hoquet, pas de nausées, de vomissements ni de garde-robe. Elle a uriné plusieurs fois depuis son arrivée.

Respiration lente, profonde; pas de toux ni d'expectoration; sonoréité de la poitrine dans toute son étendue; bruit respiratoire pur mais faible, sans mélange de râle.

A la région précordiale, matité peu étendue; bruits du cœur sourds, profonds, peu développés, pouls petit, presque imperceptible; le nombre de pulsations ne peut être compté. Peau froide, sans sueur, dans toute l'étendue du corps, surtout aux extrémités; il est impossible de réchauffer la malade.

Pas de douleurs de tête; insomnie. Réponses difficiles, presque nulles; sorte d'anéantissement de l'intelligence; pupilles contractiles, douleurs sourdes dans les membres, pas de fourmillements, pas de crampes.

La difficulté de l'examen de cette malade, par suite de la prostration et de la nullité de ses réponses, rendit le diagnostic incertain; cependant, les symptômes abdominaux attirèrent surtout l'attention et firent croire que l'intestin était le siége de l'affection; mais l'absence de nausées et de vomissements, au moment où nous l'examinâmes, et l'ignorance dans laquelle nous étions de l'état des jours précédents ne permirent pas d'en soupçonner la nature réelle.

Prescription. — Boissons gommeuses, looch blanc, vin de Bagnols 60 grammes; lavements purgatifs, cataplasmes sur le ventre, diète. A la visite du soir, même état; le lavement a été presque immédiatement rendu avec quelques matières.

Deuxième jour. Un peu de sommeil pendant la nuit, même état que la veille, soif très-vive, anorexie complète; langue sèche, rouge, froide au toucher; pas de nausées, ni de vomissements, pas de hoquet, pas de selles; abdomen développé, sonore, douloureux à la pression; pouls imperceptible, roideur générale de tout le corps, facies tiré, exprimant la souffrance.

Troisième jour. Même état, prostration encore plus prononcée, extrémités froides, comme glacées, pouls filiforme.

Quatrième jour. Des douleurs vives se sont manifestées, pendant la nuit, dans le membre abdominal gauche; le matin, la malade, jusque-là immobile, s'assied brusquement toute seule sur son lit, poussant des cris plaintifs et serrant de ses mains le membre douloureux à sa

partie supérieure. Ce membre est, dans toute son étendue, d'un froid glacial; le pied d'un blanc mat, comme terreux, les ongles et les orteils bleuâtres. Des taches violacées, alternant avec des plaques blanchâtres, existent sur tout le reste de ce membre; on pince la peau sans qu'elle témoigne la moindre douleur. La région crurale est le siége d'une douleur très-vive, augmentant par la pression, et se prolongeant sur le trajet de l'artère fémorale, laquelle donne la sensation d'un cordon noueux arrondi, on n'y perçoit aucun battement non plus que dans l'artère iliaque externe. Le membre abdominal droit est examiné comparativement; on n'y trouve rien d'anormal dans la région crurale, *ni tumeur, ni douleur, même à une pression très-forte.*

Les battements sont perçus sur toute l'étendue du tronc artériel de ce côté. Du reste, même symptômes que la veille; 4 pilules d'opium, 2 pilules d'aloès, lavement purgatif.

La malade meurt pendant la nuit, ayant présenté jusqu'alors le même appareil de symptômes.

Nécropsie trente heures après la mort.

Maigreur générale, pas de roideur cadavérique.

Ventre ballonné; peau de la paroi abdominale violacée. Le membre pelvien gauche présente le même aspect extérieur que pendant la vie. On ne remarque rien de particulier dans le tissu cellulaire sous-cutané, si ce n'est l'infiltration d'une certaine qnantité de sang au mollet. Les veines sous-cutanées sont entièrement exsangues. L'artère iliaque externe, l'artère crurale, ses branches et l'artère poplitée sont remplies d'un caillot sanguin noir, non organisé, semblable à de la gelée de groseilles, ne remontant pas au-dessus de l'iliaque externe. La tunique interne de ces vaisseaux est blanche dans toute son étendue; aucune altération dans les membranes externe et moyenne.

Les muscles sont intacts, sauf les gastro-cnémiens, où l'on remarque l'infiltration d'une certaine quantité de sang.

Une dissection ultérieure nous démontra l'absence de caillots dans

le système artériel du membre abdominal droit. Injection générale du péritoine, absence de sérosité dans sa cavité; intestin grêle très-dilaté par les gaz, excepté dans sa partie inférieure (2 pieds), où il est considérablement rétréci.

M. Manec, présent à l'autopsie, frappé de cette différence de volume, eut immédiatement la pensée qu'il y avait un obstacle au cours des matières, intermédiaire à ces deux parties. L'intestin pris à sa partie supérieure est alors suivi de haut en bas, et, arrivé au niveau du point rétréci, on remarque qu'une anse intestinale s'engage dans la gouttière sous-pubienne droite, poussant au-devant d'elle le péritoine qui offre en ce point une sorte d'infundibulum.

L'estomac ne présente aucune altération; il contient une certaine quantité de liquides mélangés de mucosités.

L'intestin grêle est vide de liquide et de matières.

Le gros intestin est rempli de matières fécales, dans presque toute son étendue, jusqu'au rectum.

Rien à noter de particulier pour les autres organes.

Après cet examen des viscères abdominaux, la région supérieure et interne de la cuisse est disséquée couche par couche. Arrivé aux muscles pectinés et premiers adducteurs, on remarque que ces muscles sont soulevés de manière à faire une saillie; percutés avec le manche du scalpel, ils donnent un son clair dont il est difficile de se rendre compte, car, comme nous allons le voir, on trouve au-dessous d'eux du pus et non point des gaz. Détachés à leur insertion pubienne, et renversés en bas et en dehors, on aperçoit une tumeur du volume et de la forme d'un très-petit œuf de poule, constituée par du pus d'un blanc grisâtre, très-fétide, circonscrit par une membrane celluleuse. Cette tumeur repose sur les muscles obturateur externe et petit adducteur. Ce dernier est détruit dans une certaine étendue, à sa partie la plus rapprochée du foyer, détaché de son insertion pubienne, et renversé en dehors, nous voyons entre lui et le grand adducteur une quantité assez considérable de pus de même nature, infiltré dans le tissu cellulaire voisin. Ces deux foyers, l'un antérieur, l'autre posté-

rieur au petit adducteur, communiquent entre eux par la partie de ce muscle qui a été détruite. Ces parties lavées par un filet d'eau, tout le pus s'en écoule, mélangé d'un détritus de lambeaux membraneux d'un aspect gris noirâtre, comme gangrenés, et alors, on voit, au niveau de l'orifice externe de la gouttière sous-pubienne, une tumeur du volume d'une petite noix, d'une forme irrégulière; cette tumeur infiltrée de pus était enveloppée et comme englobée par le foyer purulent; elle présente à sa partie antérieure et inférieure une ouverture large, irrégulière par laquelle une sonde est introduite, et vient faire saillie dans la partie de l'intestin engagé dans l'orifice abdominal de la gouttière sous-pubienne.

Il est dès lors évident que cette tumeur est une *entérocèle sous-pubienne* gangrenée. Examinée avec plus de soin, nous lui avons reconnu deux parties : l'une extérieure membraneuse, qui se continue sans interruption avec le péritoine, à travers la gouttière sous-pubienne; cette membrane n'est autre chose qu'un débris du sac herniaire, détruit dans une certaine étendue de sa partie la plus inférieure et postérieure. L'autre, plus interne, et formée par une petite portion d'intestin, auquel vient aboutir un lambeau membraneux de la longueur d'un pouce environ, est constitué par le mésentère qui a résisté à la putréfaction, ce qui fait penser que la partie d'intestin détruite avait au moins cette longueur.

Cette tumeur est en rapport, abstraction faite des vaisseaux et nerfs obturateurs, qui, à cause de leur importance, seront étudiés à part, en avant, en haut et en dehors, avec le muscle pectiné, qui la sépare des vaisseaux cruraux; en avant et en dedans, avec le premier adducteur; en arrière, avec les muscles abturateur externe et grand adducteur; en bas, avec le petit adducteur, dont la partie supérieure est détruite (ce qui explique le rapport immédiat de la tumeur avec le grand adducteur et la division du foyer en deux parties, ainsi qu'il a été dit plus haut); en dehors, et à une distance d'un travers de doigt, se trouve la tête du fémur, et un peu plus bas, les vaisseaux

circonflexes internes; en dedans, et à une certaine distance, on rencontre le muscle droit interne.

Dans le bassin, le collet du sac n'offre qu'un rapport à noter, c'est celui qu'il a avec la vessie distendue qui est placée à son côté interne; dans l'état de vacuité, cet organe doit nécessairement en être plus éloigné. Dans le trajet sous-pubien, les rapports du collet du sac sont: en haut, en dedans et en dehors, avec la gouttière du pubis entièrement osseuse, en bas, et d'arrière en avant : 1° avec l'arcade sous-pubienne des aponévroses pelvienne supérieure et pelvienne latérale; 2° avec le bord supérieur des muscles obturateurs et de la membrane obturatrice.

Passons maintenant à l'étude des rapports importants que nous présentent les vaisseaux et le nerf obturateurs : 1° avec le collet du sac dans le bassin; 2° dans son trajet sous-pubien; 3° enfin avec le corps de la tumeur.

Mais avant, disons que les rapports relatifs de ces parties unies entre elles par du tissu cellulaire, sont tels, qu'en dehors se trouve le nerf accolé à la face externe du trou sous-pubien; plus, en dedans et en bas, l'artère obturatrice, longée à son côté interne par la veine du même nom.

Dans le bassin et le trajet sous-pubien, le collet du sac affecte les mêmes rapports; en effet, le péritoine décollé, l'on trouve directement en dehors, et comme accolé à son côté externe, le nerf obturateur, lequel conserve ce rapport dans toute son étendue, tandis qu'en arrière et un peu en dedans se voient l'artère et la veine obturatrices.

Au sortir de la gouttière sous-pubienne, ces connexions ne restent pas les mêmes: en bas et en dehors on aperçoit le nerf, tandis que les vaisseaux obturateurs contournent la tumeur de bas en haut, et de dehors en dedans, de manière à se placer directement à son côté interne.

Quant au canal sous-pubien lui-même, son orifice abdominal très-élargi offre 11 lignes dans le diamètre transversal et 8 lignes dans le

diamètre vertical l'orifice abdominal du côté opposé permettait à peine l'introduction du petit doigt.

Son orifice crural présente une bride aponévrotique résistante qui divise cet orifice en deux parties à peu près égales, en se dirigeant obliquement de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant; dans la partie antérieure et supérieure à cette arcade, se trouve le collet du sac qui repose immediatement sur elle. Cette circonstance anatomique nous paraît très-importante à noter, car cette bandelette, en rétrécissant l'ouverture antérieure, a détruit ses rapports de calibre avec l'orifice interne, d'où nécessairement est résultée la compression des parties herniées et la production de l'étranglement.

Un des points les plus curieux de cette observation, c'est l'absence de tout symptôme local, absence d'autant mieux constatée que la région qui était le siége de la hernie a été explorée avec beaucoup d'attention, à cause des symptômes que nous présentait le côté opposé.

Nous n'avons observé ni tumeur ni la moindre douleur à une pression même forte, et cette absence de douleur est d'autant plus remarquable que l'exploration de cette région a été faite alors que la tumeur était enflammée ou gangrenée, et qu'il y avait formation de pus.

Obs. VII. — Constipation habituelle chez une femme âgée; douleur vive dans l'aine du côté gauche; dysurie; hernie à travers le trou obturateur. (Observation communiquée par M. W***, chirurgien (*Gazette médicale de Paris*, année 1833, p. 577. Extrait du cahier du 3 juillet du *London medical and physical journal.*)

Une femme, âgée de soixante-quatre ans, était malade depuis plus de trois ans; elle était habituellement constipée, tellement que huit ou dix jours se passaient souvent sans qu'elle allât à la garde-robe. Elle était accoutumée depuis sa jeunesse à travailler de l'aiguille et rapportait son indisposition à cette occupation trop sédentaire; outre la difficulté dans la digestion, elle se plaignait de violents maux de tête,

et d'un engourdissement de la jambe gauche qui, depuis peu, allait en augmentant. Quelques semaines avant sa mort, elle fut attaquée de spasmes violents qui revenaient d'abord seulement à de longs intervalles, puis qui reparurent tous les jours, commençant d'ordinaire vers neuf heures du matin, et persistant plusieurs heures. Ce fut probablement durant un de ces accès que les intestins s'échappèrent et formèrent hernie. Je vis la malade pour la première fois le 20 février, et je continuai à la visiter avec un autre chirurgien tous les jours jusqu'à sa mort, qui arriva le 3 mars.

La constipation étant le symptôme le plus urgent à combattre, on administra des purgatifs par la bouche et en lavement, mais sans succès; les lavements étaient rendus sans mélange de matières fécales, et l'estomac commença à rejeter les aliments et les médicaments. On chercha à apaiser les spasmes par l'usage des antispasmodiques et à combattre l'irritabilité de l'estomac par un vésicatoire. Un médecin consulté avait jugé, d'après de vives douleurs ressenties par la malade dans l'aine du côté gauche et de fréquents besoins d'uriner, qu'il y avait une pierre dans la vessie; on sonda sans rencontrer aucun calcul, et l'on ne put découvrir non plus rien d'anormal dans la région inguinale de l'un et de l'autre côté.

La mort étant donc survenue le 3 mars, on obtint des parents la permission d'ouvrir le cadavre. Les viscères abdominaux et thoraciques étaient sains, la vessie un peu contractée, et les parois plus épaisses que de coutume, mais ne contenant point de pierre. En suivant le trajet des intestins on trouva après, dans une petite portion de l'iléon qui était passée à travers le trou obturateur, et avait contracté de très-fortes adhérences avec les parties voisines. La portion herniée était si petite qu'on ne pouvait s'attendre à la découvrir par aucune investigation extérieure. Il est probable que la hernie existait depuis longtemps; mais pendant un des violents accès spasmodiques auxquels la malade était sujette, une portion peu considérable d'intestin était passée par l'ouverture, et celle-ci, rétrécie par l'inflammation avait causé l'étranglement et la mort.

Ce cas était effectivement fort obscur; toutefois, l'auteur pensa que l'engourdissement de la jambe et les douleurs de l'aine, jointes à cette constipation opiniâtre et aux vomissements de matières stercorales, auraient pu mettre sur la voie d'un diagnostic plus exact.

Obs. VIII. — Hernie obturatrice du côté droit chez une femme; symptômes de péritonite et d'étranglement; hernie soupçonnée, mais non reconnue; mort; détails anatomiques. (Obsoervation recueillie par Vinson, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer.)

La nommée Lefebvre (Marie), âgée de soixante-huit ans, sans pro fession, non mariée, est entrée, le 14 février 1842, dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité.

Cette femme raconta que, la veille, elle avait été prise subitement, et sans cause appréciable, c'est-à-dire sans chute et sans effort de sa part, de douleurs et de coliques vives *dans tout l'abdomen.* Ces coliques, dont la durée était continue, provoquèrent dans la nuit un vomissement de matières alimentaires seulement. Il y avait de la constipation depuis plusieurs jours. Plusieurs lavements avaient été administrés sans résultat.

Cette femme se décida à entrer à l'hôpital le soir même. La face était très-altérée, grippée. La malade poussait des gémissements continuels : elle fixa de suite l'attention sur son ventre, qui était, en effet, distendu, ballonné, et très-douloureux à la pression, dans toute son étendue. Le pouls à 70, assez plein et développé, ne parut point être celui d'une péritonite. On examina tout d'abord les différents anneaux aponévrotiques superficiels de l'abdomen, et sans y rien trouver. Cette femme, du reste, n'était point sujette aux coliques, et jamais elle n'avait éprouvé rien d'analogue aux accidents auxquels elle était en proie. Un cataplasme sur le ventre et un lavement purgatif furent ordonnés.

Le 15, à la visite, l'infirmière présenta un bassin à demi rempli de matières liquides qui avaient été vomies la nuit par la malade, les-

quelles, par leur couleur et leur odeur, furent aisément reconnues pour être des matières fécales. L'occlusion des intestins était évidente; mais à quelle cause fallait-il l'attribuer? M. Rayer examina avec beaucoup de soin l'ombilic, la ligne blanche, les anneaux inguinaux et cruraux, qui furent trouvés intacts.

Aucune tumeur ne vint indiquer le siége du mal. Dans la pensée d'un étranglement interne, M. Rayer insista beaucoup auprès de cette femme pour savoir s'il n'y aurait pas un point du ventre qui aurait été primitivement douloureux, ou qui le serait maintenant plus que le reste. La réponse de la malade ne varia pas un instant : *Je souffre partout*, disait-elle, et au même degré. La pression sur tous les points du ventre n'amena point d'autre résultat. Le pouls a conservé les caractères de la veille. (Boissons à la glace; glace sur le ventre; deux lavements purgatifs des peintres.)

Le 16, il y avait eu la veille un vomissement abondant de matières fécales liquides. Rien n'est changé das la position de cette malade. Les lavements ont été sans résultat. On les prescrit de nouve au.

Le 17, il y a eu dans la soirée une garde-robe très-abondante, qui a produit un soulagement très-marqué. Les vomissements n'ont pas rereparu ; l'abdomen est toujours douloureux, mais beaucoup moins, dit la malade. (Continuation des boissons froides; un lavement purgatif des peintres.)

Le 18, les douleurs du ventre ont reparu avec une nouvelle intensité; il y a eu des nausées, mais pas de vomissement. Pas de selle. (6 ventouses sur les parois abdominales; un lavement purgatif des peintres.)

Le 19, les ventouses n'ont fourni que très-peu de sang. La malade a vomi deux ou trois fois, mais seulement ses boissons. Elle n'a point eu de garde-robe. Ses plaintes sont continuelles : ses souffrances ont reparu avec une nouvelle intensité. Le ventre est toujours aussi développé et ballonné. Depuis hier les traits de cette

femme se sont extrêmement altérés. La peau est couverte d'une sueur froide. Le pouls, à 80, est très-faible. (Boissons à la glace; cataplasmes.)

Le 20, même état, avec aggravation des symptômes généraux.

Le 21, un peu de délire. Mort dans la soirée.

Autopsie du cadavre. — On ne note point d'altération dans la *tête,* ni dans la *poitrine.* — *Abdomen :* Intestins grêles très-distendus. Traces de péritonite.

On constate une hernie par le trou des vaisseaux obturateurs du côté droit. La hernie est étranglée. Elle est du volume d'un petit œuf de poule, et ne fait pas de saillie appréciable dans la région de l'aine.

La hernie est située au-devant du trou obturateur; elle est recouverte par le muscle pectiné. En arrière elle s'appuie sur l'obturateur externe et la partie supérieure du petit adducteur; en dedans elle est en rapport avec le moyen adducteur, qui forme en quelque sorte l'espace triangulaire dans lequel est logée la hernie. Pour arriver au sac, il eût fallu porter l'incision à la partie supérieure de la cuisse, en partant de l'épine du pubis, et en suivant le bord interne du pectiné, ou le bord du moyen adducteur, et pénétrer dans l'intervalle de ces deux muscles. La hernie avait une première enveloppe aponévrotique qu'on a facilement détachée des muscles voisins. Cette enveloppe adhérait de toutes parts au sac péritonéal. Après l'avoir enlevée, on a trouvé à la partie inférieure du sac un appendice du volume d'un gros pois, et retenu par une adhérence avec les muscles; circonstance qui aurait empêché la réduction du sac.

En examinant la hernie par l'intérieur du bassin, on voit qu'elle est formée par une portion d'intestin grêle qui a poussé devant elle le péritoine. La hernie est sortie par la partie supérieure du trou sous-pubien, par le canal de l'artère et du nerf. Le ligament obturateur n'est pas éraillé. L'orifice qui donne passage à la hernie admettait à peine l'extrémité du petit doigt. Le bout supérieur de l'intestin

est en bas, et le bout inférieur en haut. Il y a une anse complète d'intestin avec une portion de mésentère.

Le nerf obturateur est au-dessus du collet du sac. L'artère obturatrice provient de l'épigastrique, descend derrière la branche horizontale du pubis, et arrive au canal par lequel elle doit sortir : elle se bifurque et embrasse par ses deux branches (la branche interne est la plus volumineuse) la partie supérieure du collet du sac, et un débridement, soit en dedans, soit en dehors, aurait divisé une de ces branches.

A l'extérieur du bassin, le nerf est placé au côté externe et antérieur de la hernie, au dessous du pectiné. Une branche de l'artère, la branche externe, est entre la hernie et le pectiné.

Pour opérer sûrement, il aurait fallu pratiquer le *débridement en bas.*

En dedans, entre le pubis et le côté interne du canal qui donne passage à la hernie, il y a un intervalle de 4 centimètres $^1/_2$.

La hernie suit un trajet oblique long de 5 centimètres environ. Le sac péritonéal ouvert, on a trouvé l'intestin partout adhérent par des lames celleuses assez récentes. Ces adhérences étaient faciles à détruire et probablement récentes; elles étaient moins prononcées au collet du sac. La portion d'intestin comprise dans le sac herniaire était la fin de l'intestin grêle, 4 pouces à peu près avant son entrée dans le cœcum. L'anse intestinale mesurée dans le sac avait 5 centimètres de long (1 pouce $^3/_4$). Le mésentère coupé et l'intestin déployé, la longueur de la portion d'intestin engagée dans la hernie était d'un peu plus de 10 centimètres. Cette partie d'intestin n'offrait nulle part de points gangrenés; seulement, vers la partie convexe de l'anse intestinale, il y avait des points ecchymosés au-dessous de la membrane péritonéale. Cette partie convexe avait une couleur noirâtre, tandis que la partie concave n'offrait ni ecchymoses, ni couleur morbide. Au collet du sac, le diamètre de l'intestin était de 148 millimètres, tandis qu'il était, à la partie moyenne de l'anse, de 3 centimètres. Le bout supérieur de l'intestin, avant son entrée dans le sac, distendu par des matières, avait plus de 4 centimètres de dia-

mètre. L'anse intestinale ouverte, lavée, étalée, présentait inférieurement une injection rouge qu'on ne remarquait pas sur l'intestin en deçà et en delà de l'étranglement. Les matières contenues dans l'intestin étaient jaunâtres et molles. La membrane muqueuse n'offrait ni ramollissement ni autres altérations, soit près, soit loin de l'étranglement.

Le sac herniaire ouvert et étalé avait 6 centimètres 1/2 environ de longueur, sur 5 centimètres 1/2 dans sa plus grande largeur, et 4 centimètres de circonférence à son collet. Par sa face interne, il adhérait à l'intestin dans la plus grande partie de son étendue, et il offrait plusieurs taches ardoisées. La face externe du sac, adhérente aux parties voisines, était couverte d'une couche de tissu cellulaire très-épaissi.

Obs. IX. — Hernie obturatrice du côté droit; invasion obscure; diarrhée suivie de symptômes d'un obstacle au cours des matières fécales; douleurs vives dans le flanc droit ballonné; point de douleur à l'arcade crurale. (Observation recueillie par Vinson, dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité.)

Marguerite Deschamps, âgée de soixante et un ans, fut placée, le 12 octobre 1844, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, salle Saint-Vincent, n° 2.

Lorsque cette femme fut reçue à l'hôpital, on rapporta qu'elle était malade depuis six semaines, qu'elle avait perdu l'appétit, éprouvé de la fièvre, quelques nausées et une diarrhée très-abondante. Elle allait huit ou dix fois à la garde-robe par jour, et s'affaiblissait sans cesse par ces évacuations répétées.

Le jour de son entrée, l'amaigrissement était considérable, la face blême, les yeux caves et abattus, la fièvre assez vive, la langue était sèche et fendillée, la soif intense, le ventre aplati, indolent; les selles nombreuses.

Trois jours après l'arrivée de la malade, des vomissements parurent et persistèrent à l'état de vomissements bilieux pendant vingt-quatre

heures, et changèrent ensuite de nature : les matières rejetées devinrent jaunâtres, infectes, assez abondantes et ayant tout à fait le caractère des matières stercorales. A partir de ce jour, les selles s'arrêtèrent, la fièvre devint continue, la face était grippée, le ventre ballonné d'une manière inégale et douloureuse. Ce ballonnement existait surtout dans *la fosse iliaque droite,* où l'on sentait une tuméfaction intense, sonore à la percussion, et bien circonscrite, formée par une partie de l'intestin ballonné. On rechercha s'il n'existait pas de tumeur aux ouvertures par lesquelles se forment les hernies, sans en découvrir. La malade n'accusait aucune douleur au pli de la cuisse, et se plaignait de souffrir dans le ventre, surtout du côté droit distendu. (Bains de siége, sangsues, purgatifs.)

A ces derniers symptômes, il avait été facile de reconnaître l'existence d'un obstacle au cours des matières; mais, bien qu'on eût exploré le pli de la cuisse, dans le but de rechercher s'il existait une hernie crurale, une hernie inguinale, et même une hernie du trou obturateur, le siége du mal resta indéterminé, et cela en grande partie à cause de l'absence d'une saillie évidente à la partie interne et supérieure de la cuisse, dans le joint où se forment les hernies. D'autres circonstances d'abord éloignèrent la pensée d'un examen plus minutieux de la région obturatrice : l'absence de la douleur dans cette région, et les renseignements fournis par la malade, qui n'accusait de douleurs *que dans le ventre,* et déclarait avoir eu de la diarrhée au début de la maladie.

Les vomissements de matières stercorales durèrent quatre jours, et la malade succomba dans la nuit du 18 au 19 octobre.

J'en fis moi-même l'autopsie sous les yeux de M. Rayer, le 20 octobre à sept heures et demie du matin.

Aspect extérieur. Femme vieille, médiocrement maigre, taille ordinaire, roideur cadavérique. En ouvrant la bouche, qui est fortement contractée, un flot de liquide jaunâtre, d'une odeur fétide, s'écoule abondamment. Marques récentes et nombreuses de sangsues à l'hypogastre. Le ventre n'est plus distendu. Vers la région de l'aine droite,

un peu au-dessous de l'endroit où se forment les hernies crurales, on voit une légère saillie. Cette petite tumeur est distante de 4 à 5 centimètres de l'épine du pubis; elle est ronde, de la largeur d'une pièce de 1 franc. La peau, incisée sur ce point, on trouve d'abord deux petites tumeurs du volume de ganglions lymphatiques enflammés. Après les avoir enlevées, j'agrandis cette première incision, je dissèque les muscles droit interne, droit antérieur, ainsi que les vaisseaux cruraux et la portion inférieure du psoas-iliaque. Le pectiné mis à découvert est soulevé et écarté supérieurement; je détache ce muscle de son insertion supérieure et le renverse; une tumeur noirâtre, dure en certains endroits, fluctuante dans d'autres, repousse l'obturateur externe qui s'arrondit sur elle. Le doigt appliqué sur ce muscle sent une fluctuation insolite. La saillie que cette tumeur fait au-dessus de l'obturateur externe est, à la première vue, du volume d'une noisette, ronde, inégale; mais en abaissant ce muscle, et par une dissection plus complète, elle égale presque un petit œuf de poule.

On reconnaît que c'est un sac herniaire, surmonté de deux petites tumeurs enflammées, accolées sur sa face antérieure. Le tissu de ces deux petites masses, examiné au microscope, fut reconnu par M. Rayer pour deux petits pelotons de tissu adipeux enflammés et adhérents au sac. Le sac lui-même était d'un rouge intense et livide.

Le nerf obturateur était situé à la partie externe du sac, la veine en dedans du nerf, et l'artère obturatrice en dedans de la veine. Le nerf était au côté externe du collet du sac; en passant sous le pubis il s'étalait à la face externe et antérieure du sac à la manière d'un ruban. L'artère, d'un calibre extrêmement petit, se divisait en deux branches qui embrassaient le collet du sac en passant, l'une au côté externe, l'autre au côté interne. La branche interne était plus volumineuse que la branche externe; cette dernière était, pour ainsi dire, tenue comme un fil. Dans ce cas, comme dans un autre observé par M. Rayer, on aurait dû débrider inférieurement, si la dilatation avait été insuffisante. La veine située au côté interne était du volume de l'artère; quelques divisions veineuses rampaient sur la surface anté-

rieure du sac. Le sac était couvert d'une expansion aponévrotique très-fine et entouré de tissu cellulaire.

L'estomac était très-distendu et d'un volume considérable. Il y avait une péritonite générale et du pus en nappe sur les intestins. J'examinai avec soin tous les intestins. En tirant sur la partie supérieure de l'intestin grêle, on vit qu'une anse intestinale était engagée par la partie supérieure du trou ovale droit dans le canal sous-pubien. L'anse intestinale était dirigée à travers cette ouverture de dehors en dedans et de bas en haut. Le péritoine était froncé au collet du sac. La partie supérieure de l'intestin était très-distendue, violemment enflammée près de l'étranglement, et offrait quelques taches noirâtres. La partie inférieure, au contraire, avait un calibre au moins de moitié de plus étroit; elle était rougeâtre et marbrée de taches livides; les intestins offraient entre eux quelques points d'adhérences dus à la péritonite générale.

Quelques points de la portion de l'iléon qui était au-dessus de l'étranglement se déchirent facilement, et laissent écouler un liquide jaunâtre, analogue à celui que la malade a rendu par la bouche.

L'anse intestinale contenue dans le sac de la hernie fut tirée avec assez de peine; elle renfermait un liquide sanieux d'une fétidité extrême. Cette portion d'iléon, ouverte, étalée et mesurée, avait une longueur de 9 centimètres ½.

L'orifice interne du *canal sous pubien* laissait pénétrer le petit doigt avec une grande facilité; sa largeur était considérablement augmentée.

La longueur du sac était de 4 centimètres ½.

Du même côté où existait la hernie, le péritoine offrait à l'anneau crural une sorte d'*infundibulum* ayant la forme d'un dé à coudre, et dont l'orifice était très-dilaté. Le trou obturateur du côté gauche, examiné avec beaucoup de soin, n'a offert ni infundibulum ni même aucune dépression. Une sonde d'un très-petit calibre ne saurait s'engager dans le canal des vaisseaux obturateurs de ce côté.

Les intestins examinés au-dessus et au-dessous de la hernie n'offrent ni étranglement, ni rétrécissement, ni intus-susception. La partie intestinale située au-dessus de l'étranglement était, comme je l'ai dit, très-distendue. Le péritoine offre dans plusieurs points des arborisations rouges. Le foie était sain, mais il adhérait avec l'intestin dans quelques points; la rate et les reins étaient sains. Les poumons, le cœur, sont dans l'état sain.

Obs. X. — **Hernie obturatrice du côté droit, chez une femme très-âgée; étranglement; hernie soupçonnée; mort; remarques anatomiques. (Observation communiquée par M. Manec (1), chirurgien en chef de la Salpêtrière.)**

Une femme, âgée de soixante et dix ans environ, éprouvait depuis quelques jours quelques légers troubles gastriques.

Le 22 juin 1844, elle eut une indigestion après avoir mangé une assez grande quantité de cerises; le lendemain, elle allait mieux, mais elle n'avait pas eu de selles.

Elle entra à l'infirmerie dans le service de M. Beau. Son état n'était pas grave et ne présentait pas d'indication immédiate, ce qui fit que le premier et le second jour aucune médication active ne fut employée.

Le 26, aucune amélioration, l'anorexie persistait, la malade n'allait point à la selle; 60 grammes d'huile de ricin; ce remède n'eut d'autre effet que d'amener des vomissements qui persistèrent toute la journée du lendemain, 27. On diagnostiqua un étranglement interne sans que l'examen le plus minutieux pût en faire préciser le siége; aucune tumeur n'apparaissait, ni sur la partie abdominale ni aux endroits où se font habituellement les hernies. Cependant, la pression développa

---

(1) La première partie de cette observation, jusqu'à l'entrée de la malade en chirurgie, a été communiquée à M. Manec par M. Duchassang, interne de M. Beau.

de la douleur dans la partie inférieure de l'aine du côté droit. M. Manec, qui vit la malade, pensa avec M. Beau qu'il y avait peut-être soit une hernie intersticielle, soit un pincement entre quelque éraillure des fibres aponévrotiques; on pensa à une opération, mais très-vaguement en raison de l'incertitude du diagnostic.

Le lendemain, l'état ne fit qu'empirer; le samedi, 29, sixième jour de l'étranglement, la malade allait de plus en plus mal, les nausées sont continuelles, les vomissements les suivent bientôt; la douleur de l'aine persiste *et on remarque dans cette région une tumeur assez obscure.*

On la passa en chirurgie vers le midi; les vomissements continuèrent avec une nouvelle intensité, le pouls s'éteignit, la face pâlit et enfin à trois heures de l'après-midi la malade succomba.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort, cadavre très-avancé, une incision crurale pratiquée et les quatre lambeaux relevés, on aperçut facilement une anse intestinale appartenant à l'iléon engagée dans le trou sous-pubien qui donne passage aux vaisseaux et nerfs obturateurs; bout supérieur gonflé par des gaz; bout inférieur très-rétréci; l'intestin était verdâtre à l'extérieur, rouge à l'intérieur (rougeur cadavérique).

Il n'y avait aucune trace de péritonite. La pièce disséquée et examinée par la face antérieure nous présente une excavation en forme de losange de 3 pouces de longueur, étendue transversalement depuis l'épine du pubis jusqu'au bord inférieur de la cavité cotyloïde, formée en haut par la face inférieure de la branche horizontale du pubis, en bas par le bord supérieur du muscle obturateur externe; au milieu se voit une tumeur arrondie, du volume d'une petite noix, brune, entouré de tissu cellulaire et graisseux qui y adhère. Elle sort par la gouttière obturatrice, écarte le bord supérieur du muscle obturateur externe et se porte un peu en dehors; les vaisseaux et nerfs obturateurs sont à la partie interne de la tumeur. C'est le sac herniaire vu en dedans : la pièce présente l'orifice du sac; il est arrondi,

paraît entouré d'une bride fibreuse circulaire; il peut admettre une plume à écrire du plus gros calibre; il se dirige un peu en dedans et pourtant le canal sous-pubien paraît être un peu redressé, c'est-à-dire plus directe. Le péritoine est parfaitement sain autour de cet orifice; il ne présente aucune éraillure, aucune perforation; il a été poussé peu à peu par les progrès de la hernie.

La portion d'intestin étranglée appartient à l'iléon, l'étranglement occupe toute la circonférence de l'intestin, mais le mésentère ne s'engage point dans le col du sac; la portion étranglée semble faire saillie au delà du reste de la circonférence de l'intestin, de manière à simuler le diverticulum qu'on y rencontre quelquefois. La poche engagée dans le sac a peut-être 2 à 3 centimètres de long; elle est remplie de matières fécales, mais elle est peu désorganisée.

Obs. XI. — Hernie obturatrice du côté gauche, chez une femme très-âgée; symptômes d'étranglement; mort. (King, *The London medical gazette*, new. series, vol. 1, for the session 1842-43, p. 409.)

Madame W***, âgée de soixante et seize ans, mère de plusieurs enfants, s'était plaint pendant environ un an d'une douleur dans l'aine gauche, dans le trajet du nerf obturateur et de crampes dans la cuisse et la jambe gauches. Environ quinze jours avant sa mort elle fut prise de douleur dans la partie la plus inférieure de l'abdomen, de vomissements bilieux, de constipation et d'une obstruction complète du conduit intestinal.

L'autopsie offrit les faits suivants : adhérences des bords les plus inférieurs du grand épiploon au côté de la vessie et au bord gauche du bassin. Hernie de l'intestin grêle à travers le trou obturateur, étranglée entre l'os et le muscle obturateur, et commençant à suppurer. L'artère et le nerf sont placés derrière le sac; inflammation aiguë de l'enveloppe de l'intestin grêle, mais sans lymphe, ni épanchement. — La préparation est déposée dans le musée de l'hôpital de Brighton.

Obs. XII. — Diarrhée, symptômes d'épanchement intestinal chez une femme âgée; hernie recherchée, mais méconnue; mort; hernie obturatrice du côté gauche. (Wetherfield, *Hernia of the obt. foramen; Lancet London*, p. 59, 1840.)

M. Wetherfield présenta une préparation d'une hernie du trou obturateur. Le sujet de l'observation était une vieille femme, extrêmement amaigrie. Elle avait beaucoup souffert d'une affection catarrhale (influenza), accompagnée d'une toux violente, dans la première partie de l'année 1838. En novembre de la même année, elle fut subitement prise de douleurs violentes dans le côté gauche de l'abdomen. Cette douleur se prolongeait le long de la cuisse du même côté : affaiblissement, vomissements, diarrhée; tels furent les symptômes qui engagèrent l'aide de M. Wetherfield, sous l'impression de l'existence d'une attaque de rhumatisme compliqué de dérangement intestinal, à prescrire des pilules anodines, un liniment anodin et des fomentations. La malade fut soudainement soulagée, peu d'heures après et bientôt rétablie. Le 23 mars 1839, M. Wetherfield fut de nouveau appelé pour voir la malade. L'abdomen était très-sensible et douloureux; douleurs le long de la cuisse gauche. Elle avait des vomissements continuels. L'attaque avait été précédée d'une violente diarrhée qui cependant avait tout à fait disparu. L'aspect général de la malade n'avait rien qui indiquât une hernie étranglée. Des recherches furent faites dans ce but; on examina avec le plus grand soin tous les endroits de l'abdomen dans lesquels se forment ordinairement les hernies sans découvrir de tumeur ou de sensibilité nulle part. La malade fut saignée; on lui prescrivit des pilules de calomel et d'opium et une mixture de rhubarbe. L'estomac n'en put rien garder. Les symptômes varièrent peu pendant le peu de jours qu'elle vécut et pendant lesquels on usa de différents purgatifs, d'injections, de fomentations et de vésicatoires. Elle mourut le cinquième jour dans des souffrances extrêmes.

Après la mort, le corps parut remarquablement maigre. La cavité

abdominale ouverte, on remarqua qu'une portion d'intestin grêle était dirigée vers le trou obturateur du côté gauche, dans lequel une anse de l'iléon était engagée, formant une très-petite hernie dont le volume n'excédait pas celui d'une muscade ; à la partie supérieure et inférieure de l'ouverture, l'intestin était fortement enflammé et gangrené presque.

M. Wetherfield eut la certitude que cette malade avait éprouvé deux attaques de même nature, et que la première avait cédé sous l'effort seul de la nature, ou peut-être aussi à l'usage des opiats et des frictions qui avaient pu déterminer par hasard la réduction des intestins. Il est digne de remarque que dans les deux attaques, une violente douleur spasmodique s'était fait sentir le long de la cuisse dans la direction du nerf obturateur. M. Wetherfield a pensé depuis que s'il avait eu connaissance de la hernie et de sa situation précise, il aurait pu, sur un sujet aussi amaigri, réduire la tumeur en exerçant une pression sur le trou obturateur, après avoir placé le membre dans une situation favorable au relâchement des muscles qui recouvrent cette partie.

3° *Cas de hernie obturatrice reconnus pendant la vie.*

Obs. I. — Hernie obturatrice du côté droit, chez une femme nouvellement accouchée ; chute sur la fesse droite, le quatrième jour de l'accouchement ; tumeur herniaire à la partie supérieure et interne de la cuisse ; réduction de la hernie ; application d'une pelotte maintenue par un bandage convenable ; guérison. (Extrait de son *Mémoire sur plusieurs hernies singulières*, par M. Le Croissant de Garengeot ; *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. 1, p. 709).

En 1733, étant en Normandie, je fus appelé pour secourir une femme que l'on avait accouché la veille ; l'arrière-faix était resté dans la matrice et le cordon s'était rompu lors de l'accouchement. La malade avait une fièvre considérable, elle respirait avec beaucoup de

peine, et son pouls était intermittent. L'indication la plus pressante fut de tirer promptement l'arrière-faix. Lorsque j'eus introduit ma main dans le vagin, qui me parut avoir plus d'un demi-pied de longueur et une ample circonférence, je rencontrai plusieurs replis membraneux et forts grands que la sage-femme avait tiraillés, parce qu'elle les avait pris pour l'arrière-faix. J'avançai ma main jusqu'à l'orifice de la matrice, et je sentis qu'il était fort gonflé et même presque fermé, mais en y introduisant mes doigts successivement l'un après l'autre, je n'eus pas de peine à le dilater et à entrer dans la cavité de la matrice qui s'était déjà ressérée; je distinguai l'arrière-faix que je saisis par le bord et que je détachai et tirai avec assez de facilité.

Au bout de quatre jours la femme se trouva si bien qu'elle se crut en état de se lever et de marcher; mais comme elle voulut descendre précipitamment trois ou quatre marches, elle fit un faux pas, tomba rudement sur ses fesses, et sentit dans ce moment une douleur très-violente au haut de la cuisse droite, près de la grande lèvre. On la mit aussitôt dans son lit, où une demi-heure après, il lui prit un vomissement si considérable que rien ne pouvait rester dans son estomac.

Le troisième jour de ces vomissements, les matières que la malade rejetait sentaient très-mauvais, la sage-femme crut que quelque portion du délivre pouvait causer cet accident, et jugea à propos de m'envoyer chercher.

Dès que je vis des matières fécales mêlées avec des matières écumeuses et bilieuses, je soupçonnais une passion iliaque ou une hernie avec étranglement, ou quelque autre embarras dans le canal digestif. J'examinai les divers endroits où se forment ordinairement ces descentes, sans en pouvoir remarquer aucune. Dans cette circonstance d'autant plus embarrassante, qu'il n'y avait ni tension au ventre, ni fièvre, j'interrogeai la malade (soupçonnant toujours quelque hernie), et lui demandai si dans le temps de sa chute elle avait senti quelque mouvement extraordinaire dans le ventre, si le vomissement avait

suivi de près la chute, s'il n'était point précédé de colique, et enfin si la douleur commençait toujours dans un endroit fixe du ventre avant de se répandre plus au loin et finissait toujours dans cet endroit.

Elle me répondit qu'elle était tombée rudement sur la fesse droite, qu'elle avait senti aussitôt un dérangement au bas de son ventre, et dans le même temps une douleur au dedans de la cuisse droite; qu'une demi-heure après qu'on l'eût mise dans son lit, elle avait senti des douleurs de colique qui semblaient partir de l'aine droite; que les vomissements étaient venus aussitôt après la première douleur de colique, et que l'un et l'autre accident n'avaient point discontinué, non plus que la douleur de la cuisse, qui augmentait chaque fois qu'elle vomissait.

Instruit par ce récit, je voulus voir ce qui se passait à la cuisse; et comme je me ressouvins alors de deux hernies par le *trou ovalaire,* dont feu M. Arnaud de Ronsil m'avait fait un court récit, il y a environ vingt à vingt et un ans, et que je me rappelai aussi deux autres hernies semblables que M. Duverney, notre confrère, avait trouvées deux ans après dans un sujet qu'il disséquait et qu'il porta alors à l'Académie des sciences, j'eus quelques soupçons de trouver ici la même maladie. Mes conjectures furent bientôt confirmées; car, dans l'examen que je fis de la cuisse droite de la malade, j'aperçus à sa partie supérieure et interne une tumeur longitudinale de deux travers de doigt de saillie, commençant à un travers de doigt de la vulve, d'où elle s'étendait presque jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, c'est-à-dire qu'elle avait environ 5 à 6 pouces de longueur.

Lorsque je touchai cette tumeur, la malade fit un grand cri, et dit qu'elle y ressentait une douleur inexprimable. Je distinguai néanmoins dans ce moment qu'il n'y avait point de fluide épanché dans la tumeur et qu'elle renfermait un corps mollet et élastique; de sorte que, joignant ce signe aux accidents, à leur origine, à leur gradation et aux circonstances dont je viens de parler, je conclus que l'intestin avait passé par la sinuosité du *trou ovalaire,* à l'endroit que nous

avons remarqué ci-devant, et avait agrandi le passage naturel, en décollant un peu la membrane ligamenteuse et les muscles obturateurs qui bouchent en partie ce trou.

Quoique la maladie me fût alors très-connue, la cure m'en parut néanmoins fort difficile. Cependant, je me proposai sur-le-champ de tenter cette voie par la réduction; car la partie des incisions présentait de grandes difficultés.

Pour rendre la manœuvre de cette opération plus facile, je soulevai les fesses de la malade, et fis mettre dessous un traversin en double, et un oreiller sous la tête. Cette situation, dans laquelle le siége était plus élevé que le reste du corps, et la tête un peu penchée en devant et appuyée, me parut favorable pour déterminer les intestins à se porter vers le diaphragme et pour relâcher les muscles de la partie interne de la cuisse.

Les genoux étant élevés et les cuisses écartées, je fis ensuite une légère embrocation sur la tumeur avec l'huile que je trouvai dans la maison; et en maniant artistement cette tumeur et la ramenant doucement du bas en haut et à différentes reprises, avec le plat de la main, j'aperçus que l'intestin rentrait et que la tumeur disparaissait peu à peu. Enfin, dans le temps de tous ces mouvements, la malade sentit en un instant une espèce de gargouillement dans son ventre, *qui la mit* (ce fut ainsi qu'elle s'exprima) *à son aise;* la tumeur disparut entièrement; la colique et les vomissements cessèrent, et, un demi-quart d'heure après, le ventre s'ouvrit.

J'examinai sur-le-champ l'endroit où la tumeur paraissait avant la réduction, et j'aperçus, au travers de la peau et de la graisse, un vide ou enfoncement entre les deux têtes antérieures du muscle triceps, ce qui me donna l'idée de l'appareil suivant.

Je pris sur-le-champ des chiffons de linge usé, fort mollet; je les déchirai en petits morceaux, et les renfermai dans un plus grand, pour en composer une pelote mollette; je trempai cette pelote dans le jaune et le blanc d'un œuf, battus et mêlés avec de l'eau-de-vie; je donnai ensuite une figure un peu longue et cylindrique à cette pe-

lote, et je l'appliquai à l'endroit du vide dont je viens de parler. Je couvris cette pelote de deux compresses triangulaires, trempées dans l'eau-de-vie, et maintins le tout par le moyen d'un bandage roulé à deux globes, dont je fis des circulaires autour du corps et de la partie supérieure de la cuisse, pour former un spica sur l'appareil ; je fis donner un lavement par jour à la malade, et je lui fis garder le lit, ce qu'elle eut bien de la peine à m'accorder ; car elle regardait cette précaution comme une délicatesse qui ne convenait point à une personne de son état.

Le cinquième jour, cette femme m'obligea de lever l'appareil ; elle était en bonne santé, et j'eus la satisfaction de voir les muscles *triceps* rapprochés au point qu'il ne restait plus aucun vide. Une compresse longuette et très-épaisse, soutenue par le bandage déjà décrit, fut l'appareil dont je me servis ensuite pendant un mois de séjour dans le pays. Je levais de six en six jours cet appareil, et la malade, qui vaquait pendant ce temps à ses exercices ordinaires, n'a jamais senti aucune incommodité.

Obs. II. — Hernies obturatrices réduites et contenues par des bandages. (Observation d'Arnaud fils, citées par Garengeot (*Mémoires sur plusieurs hernies singulières*, p. 714.)

Lorsque je lus, en 1834, l'histoire de la hernie par le trou ovalaire que j'ai décrite ci-devant, M. Arnaud dit, à cette occasion, qu'il en avait vu plusieurs, surtout une longuette, pareille à celle que j'avais observée, et une autre située un peu plus haut, exactement ronde et marronnée, et qu'il les avait toutes réduites et contenues avec des bandages.

Obs. III. — Hernie obturatrice observée pendant la vie. (Observation de Garé, citée par Garengeot (*Mémoires sur plusieurs hernies singulières*, p. 714.)

M. Garé m'a encore depuis fait le récit d'une hernie du même genre. Il me dit qu'elle était exactement ronde et située au côté supé-

rieur externe d'une des grandes lèvres, mais qu'il n'a vu qu'une fois la malade.

Obs IV. — Hernie obturatrice du côté gauche, chez une demoiselle ; opération pour opérer la réduction de l'épiploon ; guérison. (Observation de Malaval, citée par Garengeot (*Mémoire sur plusieurs hernies singulières ; Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, p. 714.)

M. Malaval nous a fourni aussi un exemple fort remarquable d'une hernie par le *trou ovalaire ;* il dit qu'il vit l'été dernier une demoiselle qui avait une tumeur ronde et inégale à la partie supérieure interne de la cuisse gauche : les accidents dont cette tumeur était accompagnée lui firent soupçonner une descente. Dès qu'il eut vu et touché la tumeur, il reconnut que c'était une hernie par le trou ovalaire. Il entreprit de la réduire et fit effectivement rentrer l'intestin ; mais il resta toujours quelque chose dans le sac qui ne put se réduire et qu'il soupçonna être l'épiploon. Après avoir réduit cet intestin plusieurs fois dans différents jours, sans pouvoir replacer l'épiploon, il conseilla à la malade de voir M. Arnaud. Elle le manda, et ce chirurgien reconnut d'abord la hernie par le *trou ovalaire*. Quelque habileté qu'il ait à manier les hernies, il ne put réduire que l'intestin, de même que M. Malaval, et il dit à la malade qu'il fallait lui faire l'opération pour amputer l'épiploon ; la demoiselle y consentit, et M. Arnaud procéda ainsi : il commença par faire la réduction de l'intestin ; après quoi, il fit une incision sur la tumeur, seulement à la peau et à la graisse pour découvrir le sac herniaire. Lorsqu'il l'eut découvert, il l'ouvrit et il y trouva une portion d'épiploon de la grosseur d'une noix ; il le coupa dans l'endroit où il passait entre les têtes antérieures du muscle triceps ; il coupa ensuite une portion du sac, et enfonça le reste entre les têtes de ce muscle, il garnit la plaie de bourdonnets, la pansa ensuite à la manière ordinaire, et l'opération réussit parfaitement.

Obs. V. — Hernie obturatrice du côté droit, chez un homme; tumeur herniaire du côté droit et près du périnée; réduction de la tumeur; application d'un bandage. (Garengeot, mém. cité.)

Un sellier de la rue du Sépulcre vient d'avoir une tumeur à la cuisse droite près le périnée. Cette maladie a été prise d'abord pour un abcès; on a prescrit des cataplasmes pour l'amener à suppuration. En examinant l'effet des cataplasmes, et pressant la tumeur avec les doigts, pour savoir s'il y avait du pus, l'intestin qui formait réellement cette tumeur s'est retiré et a rentré tout à coup. Un événement si inattendu, a mérité l'attention des habiles chirurgiens, qui voyaient le malade, et leur a fait conclure, après un examen sérieux, que la tumeur qui venait de disparaître était une hernie par le trou ovalaire, et ils lui indiquèrent sur-le-champ pour la fabrique d'un bandage, M. Sorraiz, qui m'a dit avoir reconnu l'endroit où était la hernie.

Obs. VI. — Cas de hernie obturatrice située du côté droit, sur une jeune fille de vingt-quatre ans, à la suite d'un effort; réduction; guérison par Eschenbach. (Eschenbach (*Observata anatomico-chirurgico-medica rariora*, XXXIII *hernia ovalis* ; Rostochii, 1769.)

« Viginti quatuor annorum virgo, vegeta, succiplena, negotioso vitæ « generi assueta, cum aliquando gravius quoddam onus tolleret, brevi « postea exsurgentem in regione abdominis infima tumorem, aliquali « dolore stipatum, et nucem avellanam magnitudine vix æquantem, « sentit. Tumor hicce imminuitur, quin etiam penitus fere evanescit, « corpore sub noctem in situ horizontali constituto; interdiu autem, « præprimis si scalas ægra celeri descenderet gressu, aut esculentis « vesceretur flatulentis, sese denuo manifestat : ac, sub initium parvi « æstimatus, post sex circiter menses elapsos, tantum accipit aug- « menti, ut herniæ præsentis metum excitaret, ægrotamque demum

« ad quærendam medicinam impelleret. Meum illa exposcens auxilium
« sic describit morbum, est herniam reipsa adesse, facili divinarer
« negotio. Cumque, ad plenius detegendam illius indolem, manus
« admovenda esset; herniam neque ad abdominalium classem esse re-
« ferendam, neque ad cruralium, neque tandem ad inguinalium, a
« sexu potiori scrotalium quoque dictarum, genus pertinere; sed ve-
« ram esse herniam ovalem, saccumque formatum intestina includere,
« e situ mali, e visceris intus contenti conditione patet.

« Tumor namque, in dextro abdominis latere ortus, situm obtine-
« bat inter locum, quem occupant hernia scrotalis et cruralis, inter-
« medium, id est, in regione, quæ mediam femoris dextri flexuram,
« et genitalium lateris ejusdem labium, interjacet.

« In hoc loco tumor iste, cylindri formam æmulans, et pollice lato
« quadantenus crassior, digiti fere longitudine recto dependebat,
« duritie ac tensione notabilis, quoties flatu turgebant intestina pro-
« voluta; alias vero flaccidus, et intestinum inclusum tactui offerens
« corrugatum. Dolor specialis aderat nullus, nec prava molestiam
« creabant symptomata.

« Prolapsum intestinum ut ad naturalem, secundum artis regulas,
« locum reducerem, nullum non movebam lapidem. Interim res,
« propter aperturæ angustiam, post reiteratos demum conatus, eos-
« que satis diu qualibet vice continuatos; nec, nisi probe observando
« arteriæ venæque obturatricis, ubi hæ in portione foraminis ovalis
« ossium abdominis supremæ corpore egrediuntur, directionem suc-
« cedebat, reliquam medelam idoneo tentavi subligaculo, quod con-
« suetam mihi atque in *Chirurgia mea* descriptam, compositionem
« servabat. Cumque post modum hernia, occasione data, semel adhuc
« rediret, nec statim iterum reponi, propter impedimenta quædam ex
« accidenti juncta, posset : durante hoc tempore, pulvinaris alias con-
« sueti loco, subligaculo addebatur suspensorii vices tenens loculus;
« herniam in se recipiens, eadem autem paulo brevior; cujus loculi
« deinde longitudo sensim diminuebatur, ut scilicet gradatim intesti-
« num reprimeretur elapsum. Quo artificio, per aliquod tempus con-

« tinuato, intestinum plenarie reduci se patiebatur: sicque pulvinaris « ipsius applicandi occasio redibat. Atque sic non modo, post admo- « tum subligaculum, rebus suis commode statim vacare poterat « ægrota, sed et deinde ejusdem, ad præcavendam recidivam, usum « continuabat. »

Obs. VII. — **Hernie obturatrice sur un jeune homme âgé de vingt et quelques années ; réduction de la tumeur ; guérison par Eschenbach. (Christiani Chremfied Eschenbach, *Observata anatomico-chirurgico-medica rariora*, XXXIII *hernia ovalis ;* Rostochii, 1769.)**

« Juvenis, ultra vigenti annos natus, nupere meum exposcebat « consilium super hernia, qua laborabat ex aliquo jamjam tempore. « Hæc quoque hernia, quoad locum, formam volumen, et viscus in- « clusum, præcedenti erat simillima, ut adeo, ad ovales eam pertinere, « facile pateret. Isdem præterea mediis adhibitis cedebat illa, id est, « post reductum intestinum prolapsum, subligalulo, ad præcavendam « recidivam, ægrotus utebatur. »

Obs. VIII. — **Hernie obturatrice chez un homme ; réduction de la hernie qui est maintenue par un bandage. (Nouvelle édition de la *Médecine opératoire* de Sabatier, t. 3, p. 638, par Bégin et Sanson ; Paris, 1832. *Considérations sur les hernies abdominales ;* par J. Lafond, t. 1, p. 317.)**

Un homme de quarante-cinq ans, d'une taille et d'une maigreur remarquables, fit un effort violent pour mettre une chaussure dont le quartier résistait beaucoup. Au même moment, il sentit une douleur vive, et bientôt une tumeur parut et augmenta par la marche et les efforts. Des nausées et des coliques survinrent ; on crut d'abord à une hernie crurale, puis à une dilatation variqueuse de la veine crurale, puis à un anévrysme. M. le professeur Dupuytren ayant examiné cette tumeur, située à la partie supérieure et interne de la cuisse, la reconnut pour une hernie sous-pubienne, et fit faire, pour la contenir, un bandage d'une nature particulière. Une ceinture embrassait la plus grande

partie du corps, et une plaque verticale soutenait une pelote échancrée qui lui était horizontale; ce bandage était soutenu par un sous-cuisse. Comme il produisait de l'engourdissement, on recommanda de diminuer la pelote du côté externe, pour ne pas comprimer les vaisseaux cruraux; mais comme ce bandage ne pouvait pas s'appliquer exactement à l'ouverture, la hernie ne fut point contenue.

Obs. IX. — Cas de hernie obturatrice du côté gauche, avec étranglement, chez une femme; réduction spontanée de la tumeur; guérison. (Par le docteur Frantz, de Genthin (*British and foreign medical review on quarterly journal of practical medicine and surgery*, n° XXVIII, p. 556, octobre 1842.)

La malade était une femme forte, âgée de quarante ans, que l'auteur de l'observation trouva avec tous les symptômes d'une hernie étranglée, et se plaignant d'une forte douleur à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. Cette douleur était survenue tout à coup et elle avait augmenté par paroxysmes survenant environ à dix minutes d'intervalle. Il n'y avait ni rougeur, ni chaleur, ni enflure de la partie. Mais en pressant avec le bout du doigt entre les muscles triceps et adducteurs de la cuisse, on causait une vive douleur. L'abdomen était légèrement douloureux. Cette femme avait eu longtemps une double hernie fémorale; mais alors il n'en existait pas de traces. Trois ans auparavant, elle avait éprouvé exactement les mêmes accidents dont elle se plaignait en ce moment, mais elle avait été tout à coup soulagée en pressant sur le point malade, quelque chose, disait-elle, ayant paru rentrer dans le ventre en faisant un léger bruit. Depuis lors, les mêmes accidents s'étaient parfois représentés, mais moins forts, et avaient toujours été soulagés par une semblable pression, comme cela a lieu après la réduction d'une hernie. Dans ce moment cependant, les accidents étaient plus violents; la saignée, les purgatifs, les pressions réitérées, et divers autres moyens, furent employés inutilement. Le quatorzième jour, les signes d'un étranglement s'étaient

graduellement accrus, des vomissements stercoraux avaient lieu depuis le neuvième jour. La malade paraissait mourante, lorsque, à la surprise de tous, une évacuation spontanée de fèces eut lieu. A dater de ce moment la malade se rétablit lentement, mais plus tard sa guérison fut complète. (*Allgemeine medinische central Zeitung*, 27 april 1842.)

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du froid ; de ses causes, de sa théorie, de ses variations suivant les climats, et de ses effets sur l'économie animale.

Chimie. — Des caractères du sulfure de mercure.

Pharmacie. — De l'emploi pharmaceutique du vin et de l'alcool ; traiter des préparations dans lesquelles ils entrent, soit comme base, soit comme véhicule.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des synanthérées, sa division en ordres ou tribus.

Anatomie. — De la structure et de la forme du cristallin aux différents âges. Quels sont les rapports de la capsule cristalline ?

Physiologie. — Des mouvements et des usages de l'iris.

Pathologie externe. — Des maladies chirurgicales des gencives.

Pathologie interne. — De l'état typhoïde, soit primitif, soit consécutif.

Pathologie générale. — Des altérations de composition que l'urine peut éprouver dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De la moelle épinière.

Accouchements. — Des vices de conformation du fœtus qui peuvent être des causes de dystocie.

Thérapeutique. — Dans quelles maladies la digitale doit-elle être conseillée ?

Médecine opératoire. — De la ténotomie.

Médecine légale. — Des diverses espèces de mort subite.

Hygiène. — Des divisions des âges.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Cas de hernie sous-pubienne observé dans le service de M. Rayer à l'hôpital de la Charité. (Obs. VIII, p. 112.)

Le sac herniaire situé dans l'épaisseur des muscles de la partie interne et supérieure de la cuisse est vu sortant du canal sous-pubien.

I. Os des iles.
S. Symphyse pubienne.
J. Fémur.
CC. Muscle pectiné relevé à l'aide de deux érignes pour laisser voir la hernie.
F. Muscle moyen adducteur.
H. Petit adducteur.
G. Grand adducteur ou troisième adducteur.
AA. Branches du nerf obturateur se perdant dans le pectiné.
BB. Brides celluleuses ou adhérences entre la surface externe du sac et les muscles environnants, tels que le pectiné et le petit adducteur.
B'. Appendice cellulo-graisseux en dehors et à l'extrémité du sac, adhérant au bord supérieur du petit adducteur.
E. Sac herniaire ouvert et laissant voir une portion d'intestin grêle.

PLANCHE II.

Cette planche est destinée à montrer les rapports du collet du sac de la hernie, représenté pl. I, avec les vaisseaux et nerf obturateurs : une portion du corps du pubis a été enlevée.

I. Os des iles.
S. Symphyse pubienne.
J. Fémur.

GG. Le muscle pectiné renversé et coupé après avoir été détaché de son insertion supérieure.

O. Muscle obturateur externe sur la face antérieure duquel était appuyé le sac herniaire E.

B. Artère obturatrice qui se divise en plusieurs branches, dont une, B', va dans le muscle obturateur externe; une autre branche, C, la plus petite de toutes, aurait été coupée dans un débridement *en dedans et en bas*.

AAA. Division du nerf obturateur.

K. Quelques fibres charnues.

PLANCHE III.

Cette planche représente la hernie sous-pubienne, figurée planches 1 et 2, vue de l'intérieur du bassin. On voit le bout inférieur et le bout supérieur de l'anse intestinale qui s'est engagée à travers le canal sous-pubien, la disposition de l'artère et de la veine obturatrices et du nerf du même nom.

I. Os des iles.

S. Symphyse pubienne.

G. Bout supérieur de l'intestin iléon, distendu.

F. Bout inférieur d'un moindre volume.

E. Artère obturatrice divisée en deux branches qui embrassent le collet du sac dans leur bifurcation. La branche interne est plus volumineuse que l'externe.

D. Veine obturatrice divisée en deux branches, et affectant les mêmes rapports que l'artère avec le collet du sac.

C. Nerf obturateur situé à la partie externe du collet du sac.

A. Aponévrose pelvienne, connue sous le nom de *fascia pelvia*.

B. Péritoine détaché pour mieux examiner les vaisseaux, le nerf et le fascia pelvia; une portion du péritoine retombe sur le bout inférieur de l'intestin.

PLANCHE IV.

Cette planche représente un cas de hernie sous-pubienne observé par M. Manec. Les dessins originaux m'ont été communiqués par cet habile chirurgien. (Obs. x, page 121.)

D. Os des iles.

S. Symphyse pubienne.
P. Pubis.
I. Ischion.
O. Sac herniaire, d'un petit volume et pyriforme, situé derrière le muscle obturateur externe O.
La capsule articulaire est ouverte à sa partie interne, et laisse la tête du fémur T à découvert.
F. Fémur.

PLANCHE V.

Cette planche représente d'autres détails du cas figuré planche 4 (Obs. x, page 121.)

Fig. 1. — Portion de l'intestin qui formait la hernie sous-pubienne.
I. Portion de l'iléon contenue dans le sac.
S. Bout supérieur de l'intestin.
P. Bout inférieur.
M. Mésentère.

Fig. 2. — Le bassin est vu de l'intérieur.
A. Os des iles coupé vers sa partie moyenne I.
S. Symphyse pubienne.
P. Branche horizontale du pubis cachée par une portion du péritoine.
C. Portion du péritoine voisine de la partie qui a servi à la formation du sac.
B. Orifice interne du sac.
O. Muscle obturateur interne.

PLANCHE VI.

Cas de hernie sous-pubienne observé chez une vieille femme de la Salpêtrière par M. le professeur Cruveilhier. (Obs. v, p. 103.)

(Les dessins de cette planche sont empruntés à l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier.)

Fig. 1. — Cette figure représente la sortie de l'intestin à travers le canal sous-pubien, et son étranglement par ce conduit.

S. Le sac herniaire ouvert pour laisser voir l'intestin qui y est contenu.

PB. Pubis.

SP. Symphyse pubienne.

TO. Trou obturateur muni de la membrane obturatrice.

CC. Cavité cotyloïde.

NV. Nerf et vaisseaux obturateurs situés au côté externe du sac.

I. Ischion.

IGS. Bout supérieur de l'intestin grêle.

IGI. Bout inférieur du même intestin.

M. Mésentère.

Fig. 2. — Cette figure représente l'intestin qui formait la hernie.

EEE. Portion de l'iléon qui était contenue dans le sac, et qui était étranglée.

IGS. Bout supérieur de l'intestin grêle.

IGI. Bout inférieur du même viscère.

M. Mésentère.

PLANCHE VII.

Cas de hernie sous-pubienne observé par M. Jules Cloquet. (Obs. vi, p. 93.) (Les figures sont empruntées à la thèse de concours pour la chaire de pathologie chirurgicale de M. Jules Cloquet.)

Fig. 1. — Elle représente la situation de la tumeur dans la région inguinale inférieure.

N°s 1, 1. Partie gauche de la paroi antérieure de l'abdomen. — 2. Pubis gauche. — 3. Le pli de l'aine. — 4. Face interne de la cuisse. — 5. Face externe de la cuisse. — 6. Ligne ponctuée indiquant la place de la tumeur dans la région inguinale inférieure.

Fig. 2. — Elle représente la pièce précédente; la peau, le fascia superficialis, et la partie interne et antérieure de l'aponevrose fémorale étant enlevés.

N° 1. Partie de l'aponévrose du grand oblique appartenant à la paroi antérieure de l'abdomen. — 2. Arcade crurale. — 3. Anneau inguinal. — 4. Partie du ligament rond de la matrice. — 5. Partie externe et antérieure de l'aponévrose fémorale. — 6. La grande veine saphène

passant par l'ouverture que lui offre l'aponévrose fémorale pour s'ouvrir dans la veine crurale. — 7, 7. Les deux divisions de la veine précédente. — 8. Portion du muscle grêle interne. — 9. Portion du muscle moyen adducteur. — 10. Le muscle pectiné soulevé par la tumeur ainsi que le moyen adducteur.

Fig. 3. — Elle représente les pièces précédentes; la veine saphène et l'aponévrose fémorale ont été enlevées. Le muscle pectiné est renversé en dehors avec les vaisseaux fémoraux, et le muscle moyen adducteur en dedans, afin de mettre à découvert la tumeur et de faire voir son passage à travers l'écartement des fibres du muscle petit adducteur.

N° 1. Portion de l'aponévrose du grand oblique. — 2. Arcade crurale. — 3. Anneau inguinal. — 4. Portion du ligament rond de l'utérus. — 5. Partie interne de la cuisse. — 6. Partie externe. — 7. Muscle pectiné soulevé et renversé en dehors. — 8. Muscle moyen adducteur, soulevé et renversé en dedans. — 9, 9. Le muscle petit adducteur, dont les fibres sont écartées par la tumeur. — 10. Endroit où les fibres du muscle petit adducteur cessent de s'écarter. — 11. Partie supérieure et — 12. Partie inférieure de la tumeur. — 13. Branche de l'artère obturatrice croisant la tumeur pour se perdre à — 14. la face interne du muscle pectiné. — 15. Artère et veine fémorales renversées en dehors.

Fig. 4. — Elle représente les deux bouts de l'anse intestinale s'engageant dans le trou sous-pubien. Le péritoine est maintenu appliqué à la face interne de la paroi abdominale; on a enlevé la partie d'épiploon qui formait hernie, afin de laisser voir distinctement les deux bouts de l'intestin étranglé.

Nos 1, 1, 1, 1. Portion du péritoine. — 2. Partie du muscle droit de l'abdomen du côté gauche. — 3. Pubis gauche. — 4. Le péritoine soulevé par le ligament de l'artère ombilicale gauche. — 5. Le ligament rond soulevant le péritoine pour passer par le canal inguinal. — 6. Ligne ponctuée indiquant le trajet de l'artère épigastrique au-dessous du péritoine. — 7. Collet du sac herniaire exactement moulé sur l'ouverture du trou sous-pubien. C'est par cette partie supérieure que l'épiploon faisait hernie. — 8. Extrémité supérieure et — 9. Extrémité inférieure de l'anse intestinale étranglée. — 10. Les deux petites ouvertures par lesquelles les matières fécales s'étaient épanchées dans le ventre. — 11. Portion du mésentère qui soutient l'anse intestinale.

Fig. 5. — Elle représente le sac herniaire ci-dessus décrit, dégagé des parties molles qui l'entouraient.

N° 1. Extrémité supérieure. — 2. Extrémité inférieure et — 3. Rétrécissement moyen de la tumeur. — 4. Branche de l'artère obturatrice qui passait successivement en arrière, en dedans et en avant de la tumeur. — 5. Petite portion du ligament obturateur.

Fig. 6. — Elle représente la tumeur précédente ouverte.

N° 1. Face interne du sac herniaire. — 2. Partie inférieure du sac précédent qui n'a point été ouverte. — 3. Portion de l'épiploon qui était contenue dans la tumeur, soulevée afin de laisser voir — 4. l'anse intestinale placée derrière elle.

PLANCHE VIII.

Cas de hernie sous-pubienne observé chez une malade du service de M. Rayer. (Obs. IX, p. 117.)

I. Os des iles.

S. Symphyse pubienne.

L. Insertion supérieure du droit antérieur.

F. Fémur.

Le sac herniaire, du volume d'un œuf, est recouvert par deux petites masses graisseuses, réniformes DD. Une petite masse de tissu cellulo-graisseux C est adhérente à sa surface antérieure du sac.

N. Nerf obturateur s'étalant comme un ruban à la circonférence externe du sac herniaire.

A. Artère obturatrice.

V. Veine du même nom.

O. Muscle obturateur externe formant une sorte de bande au devant du sac herniaire.

M. Masse de tissu cellulaire considérable séparant l'obturateur externe du petit adducteur P.

G. Muscle moyen adducteur.

PLANCHE IX.

Elle représente le même cas que la planche VIII. Le bassin est vu par l'intérieur.

B. Symphyse pubienne.
S. Sacrum.
C. Os des iles.
I. Bout inférieur de l'iléon.
G. Bout supérieur.
PP. Péritoine.
A. Artère obturatrice.
V. Veine obturatrice.
N. Nerf obturateur.
E. Veine iliaque primitive.
F. Artère iliaque primitive.
T. Trompe.
O. Ovaire.
DD. Muscle psoas-iliaque.

PLANCHE X.

Cette planche représente le cas figuré planche VIII, étudié dans ses diverses parties.

Fig. 1. — Esquisse de la portion de l'iléon qui était entrée dans le canal sous-pubien. Le bout supérieur est dilaté.

I. Bout inférieur de l'intestin.
S. Bout supérieur de l'intestin.
E. Portion de l'intestin qui était contenue dans le sac herniaire. Elle était gonflée et tendue, et jeus quelque peine à la d'égager du canal sous-pubien.

Fig. 2. — Le sac ouvert et débarassé de l'intestin.

P. Symphyse du pubis.
C. Le corps du même os au-dessus de la hernie.

S. Sac herniaire ouvert et maintenu dans cette situation par une érigne qui le tend en dedans et une épingle qui le soutient en haut. A cet endroit, en dehors du sac, on aperçoit une petite masse de tissu cellulaire, puis la veine V qui sort par le canal sous-pubien.
G. Une petite masse de graisse rougeâtre.
N. Le nerf qui bridait le sac est attiré par une seconde érigne.
O. Muscle obturateur externe.
M. Muscle moyen adducteur. Plus en dedans de la symphyse du pubis on voit l'insertion du grand adducteur.

Fig. 3. — Orifice interne du canal sous-pubien, encore revêtu de la portion du péritoine qui a formé le sac.
C. Branche horizontale du pubis.
T. Portion du péritoine. Le péritoine était très-plissé et froncé autour de l'orifice interne du canal sous-pubien; ces plis s'irradiaient très-loin.
A. Artère obturatrice.
V. Veine obturatrice.
N. Nerf obturateur.

PLANCHE XI.

Forme et direction du canal sous-pubien par lequel se fait la hernie sous-pubienne.

Fig. 1. — Cette figure montre une partie de l'orifice interne A et l'orifie externe du canal sous-pubien.
IML. Arc fibreux ou petit ligament antérieur qui concourt à former l'orifice externe du canal sous-pubien.
CE. Tissu cellulaire voisin de l'orifice externe du canal sous-pubien.
L. Point où le ligament antérieur s'insère à une épine osseuse, bien manifeste à la demi-circonférence interne du trou obturateur.
O. Membrane obturatrice.
D. Éminence pectinéale du pubis.
S. Symphyse pubienne.
E. Capsule orbiculaire.
K. Ischion.

Fig. 2. — Orifice interne du canal sous-pubien, du côté droit.

EP. Branche horizontale du pubis.

O. Muscle obturateur interne.

BD. Fibres aponévrotiques autour de l'orifice interne du canal sous-pubien.

Fig. 3. — Orifice interne du canal sous-pubien, du côté gauche, chez un autre sujet.

Les figures 2 et 3 témoignent combien cet orifice du canal sous-pubien peut offrir de variétés dans sa forme et ses dimensions.

A. Branche horizontale du pubis.

DC. Diamètre de l'orifice interne du canal sous-pubien.

O. Muscle obturateur interne.

I. Fibres aponévrotiques qui concourent à former l'orifice interne de ce canal.

Fig. 4. — Cette figure représente un exemple remarquable d'*infundibulum* formé par le péritoine à l'endroit du canal sous-pubien.

S. Symphyse pubienne.

B. Branche horizontale du pubis.

A. Orifice interne de l'*infundibulum* formé par le péritoine.

PP. Péritoine froncé autour de l'orifice de l'*infundibulum*.

V. Face supérieure de la vessie, qui, soulevée, forme un plan incliné dans la direction du canal sous-pubien.

PLANCHE XII.

Cette planche représente les parties fibreuses et musculaires qui concourent à la formation du canal sous-pubien.

Fig. 1. — Elle représente les *arcs fibreux* qui limitent en dedans et en dehors le canal sous-pubien.

P. Portion de la branche horizontale du pubis coupé transversalement.

S. Symphyse pubienne.

I. Ischion.

K. Os des îles coupé verticalement.
O. Trou obturateur fermé par sa membrane obturatrice.
C. Petit arc fibreux *antérieur* formé par le *petit ligament antérieur.*
B. Arc fibreux *postérieur* fermé par un *petit ligament postérieur.*
AA. Artère et veine honteuses.
F. Portion du *fascia pelvia.*
E. Autre portion de la même aponévrose.
D. Portion du muscle obturateur interne coupé près de son insertion.

Fig. 2. — A. Petit faisceau profond de fibres du muscle obturateur externe, s'insérant à l'arc fibreux antérieur par des fibres aponévrotiques ED.
O. Faisceau musculaire superficiel composant la presque totalité du muscle obturateur externe.
B. Orifice interne du canal sous-pubien.

Le bord supérieur du muscle obturateur externe est abaissé et maintenu par une érigne. — Une ligne ponctuée indique le niveau qu'atteint naturellement le bord supérieur du muscle obturateur externe, qui ne ferme pas complétement l'orifice externe du canal sous-pubien.

S. Symphyse pubienne.
P. Pubis.
C. Cavité cotyloïde.
I. Ischion.

PLANCHE XIII.

Cas de hernie sous-pubienne observée par Astley Cooper sur un cadavre. (Obs. III, page 90.)

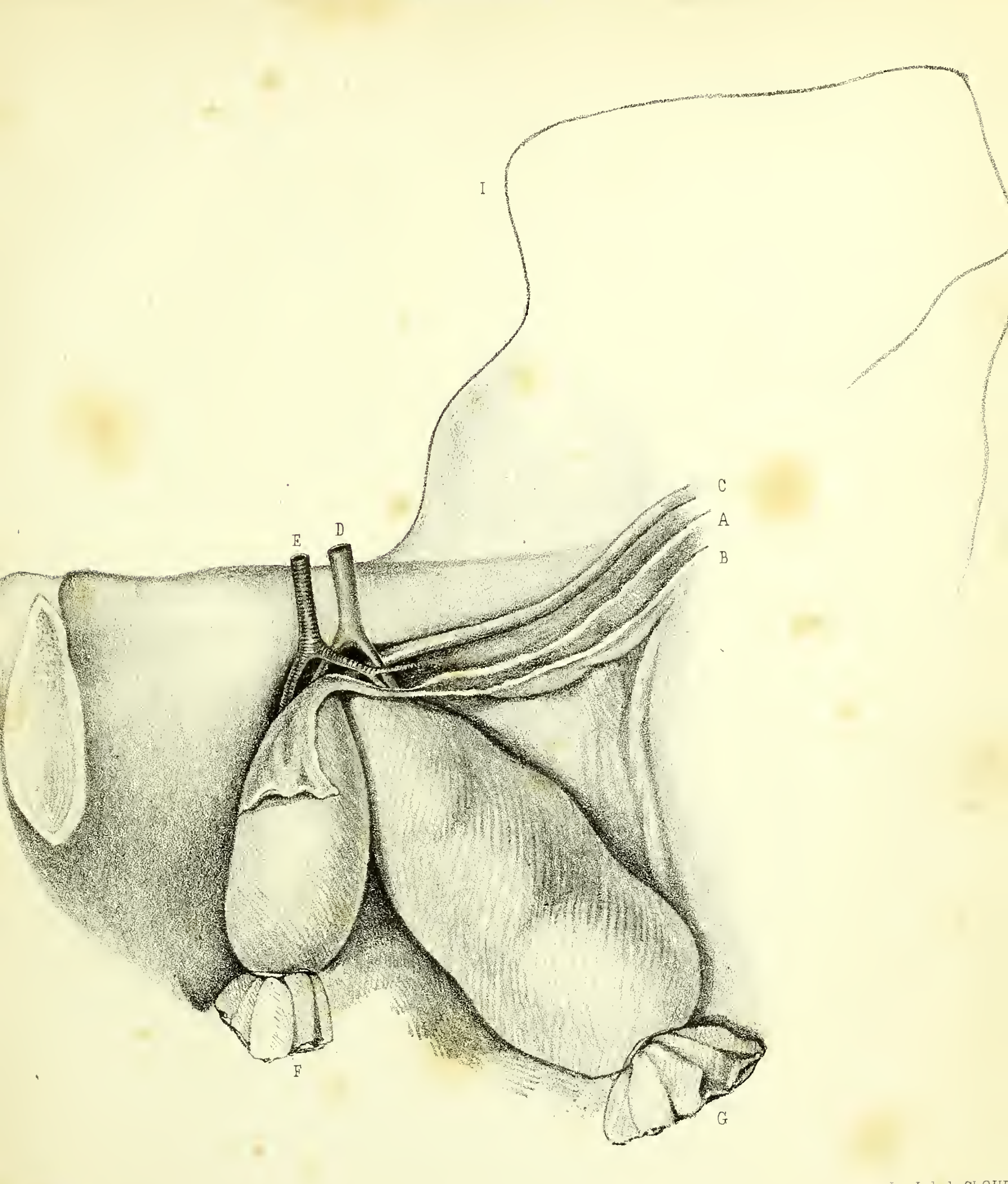
Cette figure est empruntée à Astley Cooper.

S. Symphyse du pubis.
B. Épine iliaque.
C. Muscles de l'abdomen.
D. Cavité cotyloïde (*acetabulum*).
E. Tubérosité de l'ischion.

F. Membrane obturatrice.
G. Artère crurale liée.
H. Artère circonflexe iliaque.
I. Veine spermatique.
A, A, A. Artère obturatrice.
L. Hernie inguinale du même côté.
M. Hernie sous-pubienne.


C
S
A
A
D
E
B
B
B'
F
H
G
C


I
E
B
V
A
A
B'
G
A
C
K
O
G
J



ON auctor et lith

Imp Lith: de CLOUE



A. VINSON auctor et lith

Imp. Lith. de CLOUET.


Fig:1.
M
S
P
I
A
Fig:2
P
I
B
S
C
O

Fig:1

I.G.S

M

I.G.I

P.B.

S.

C.C.

N.V.

S.P.

T.O.

I.

Fig:2.

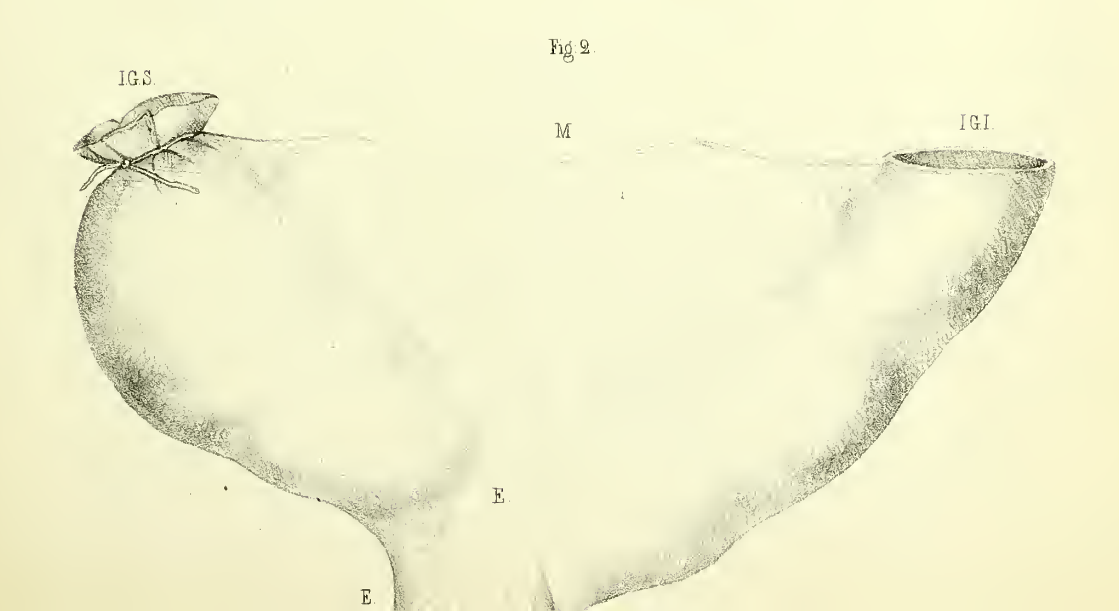




Fig: 1.

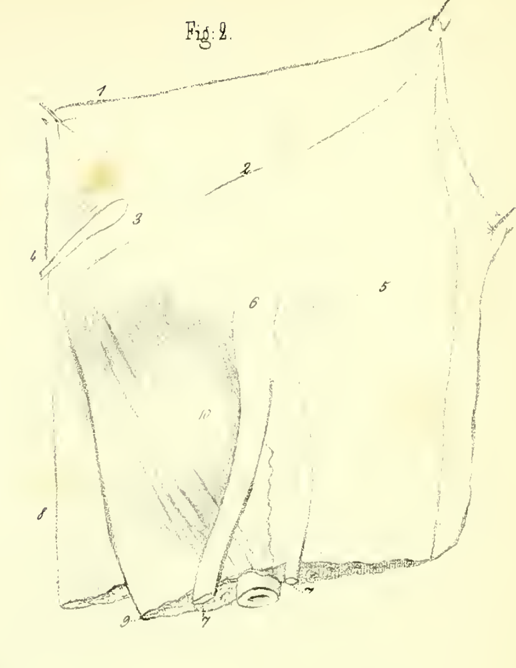


Fig: 2.

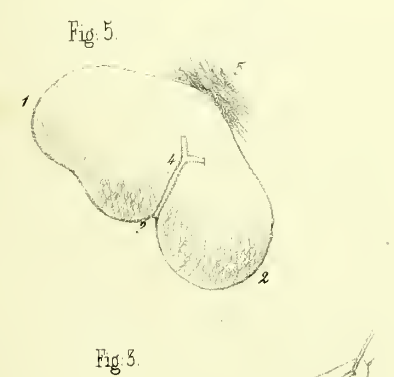


Fig: 5.

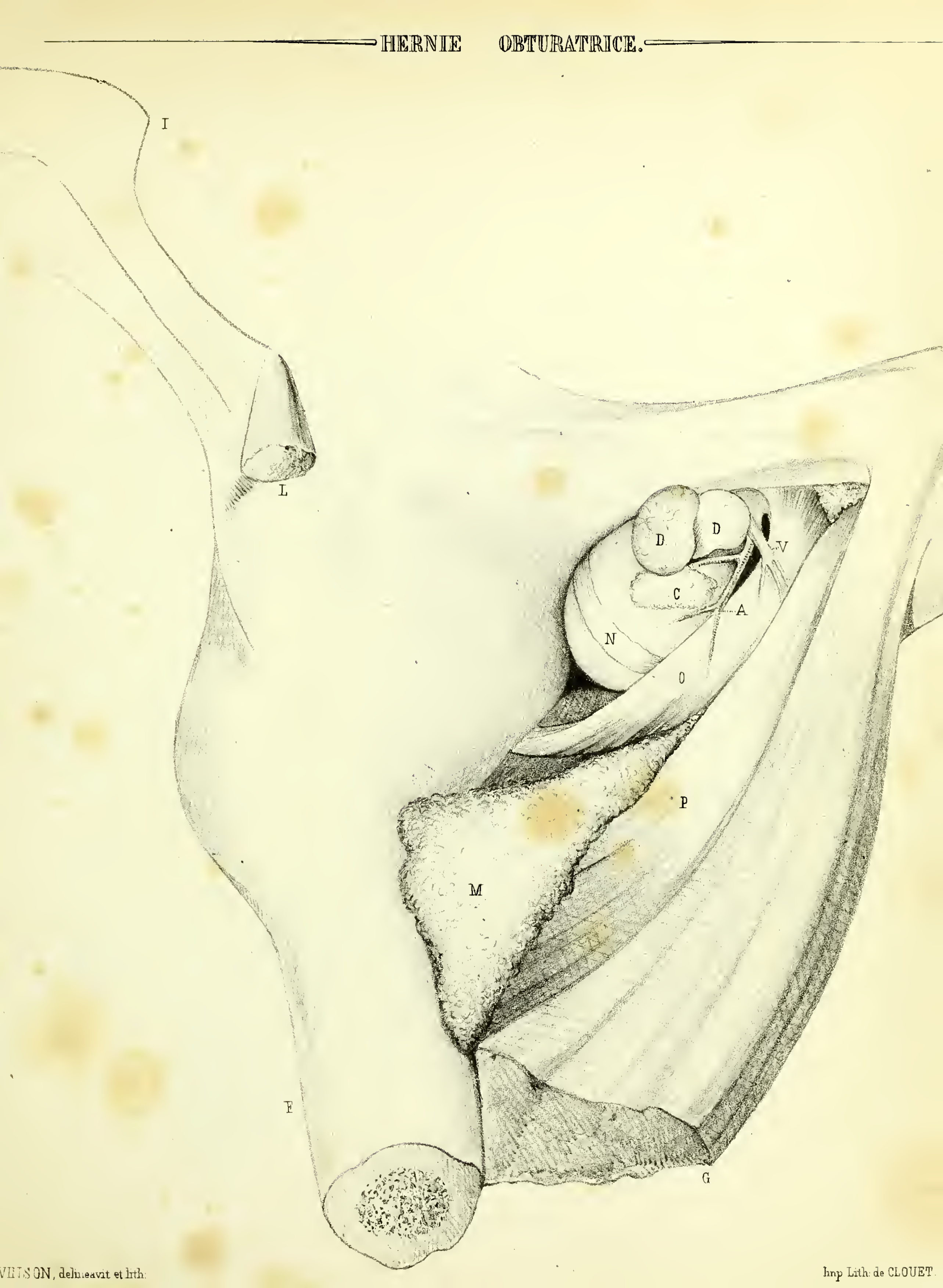


Fig. 6.

Fig 4.

Fig: 3.

HERNIE OBTURATRICE.



VEISON, delineavit et lith.
Imp Lith. de CLOUET.

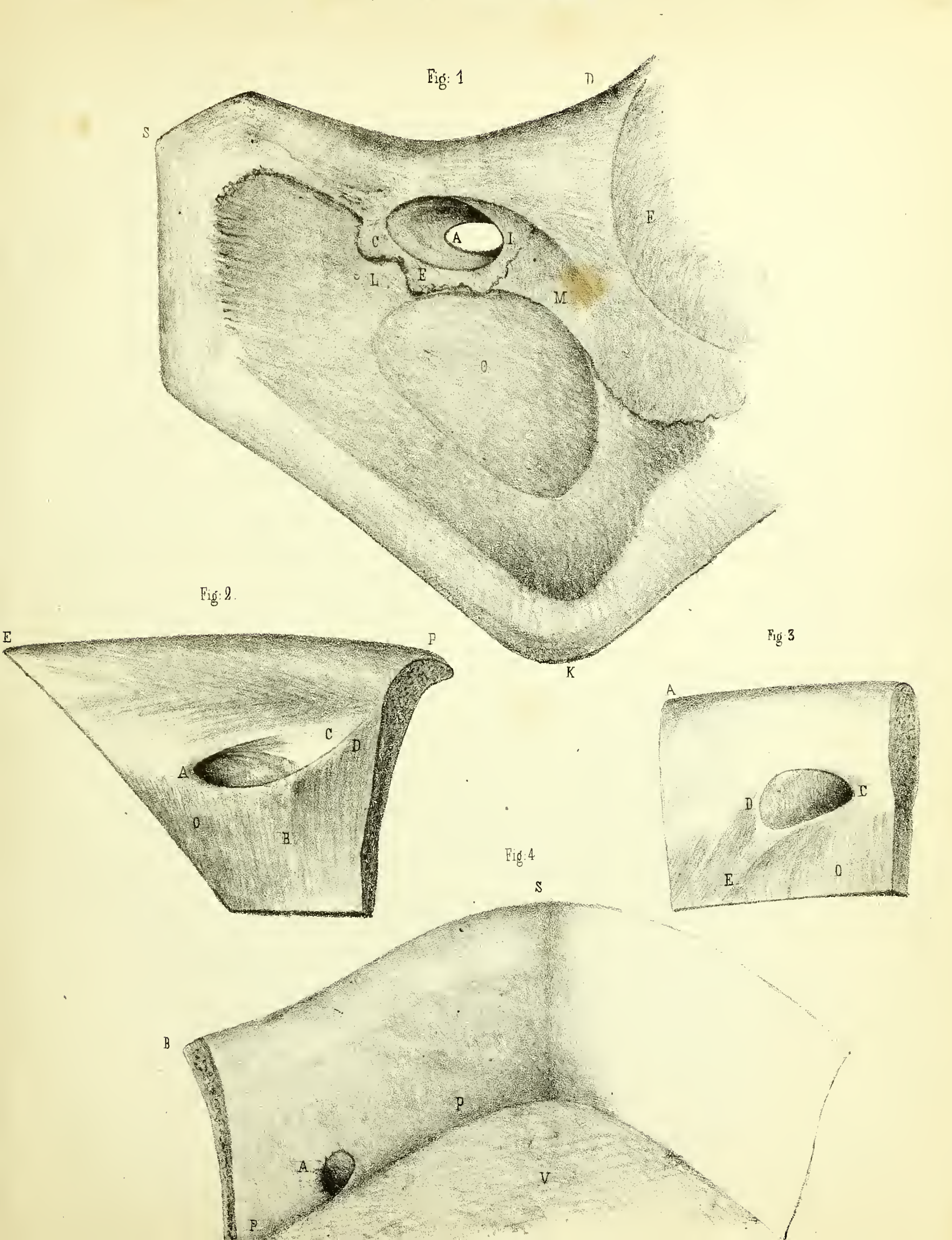
(Sous-Pubienne)

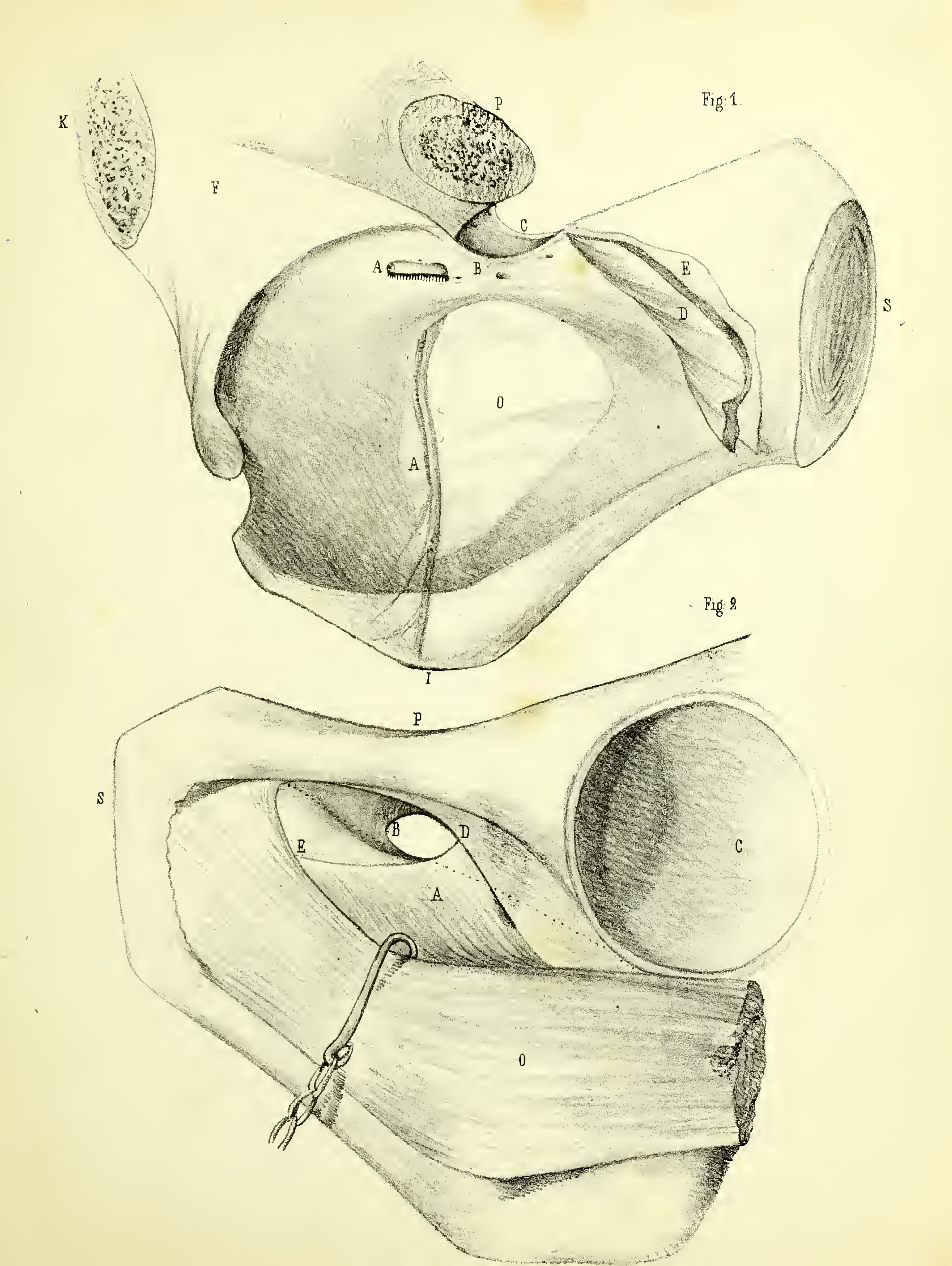


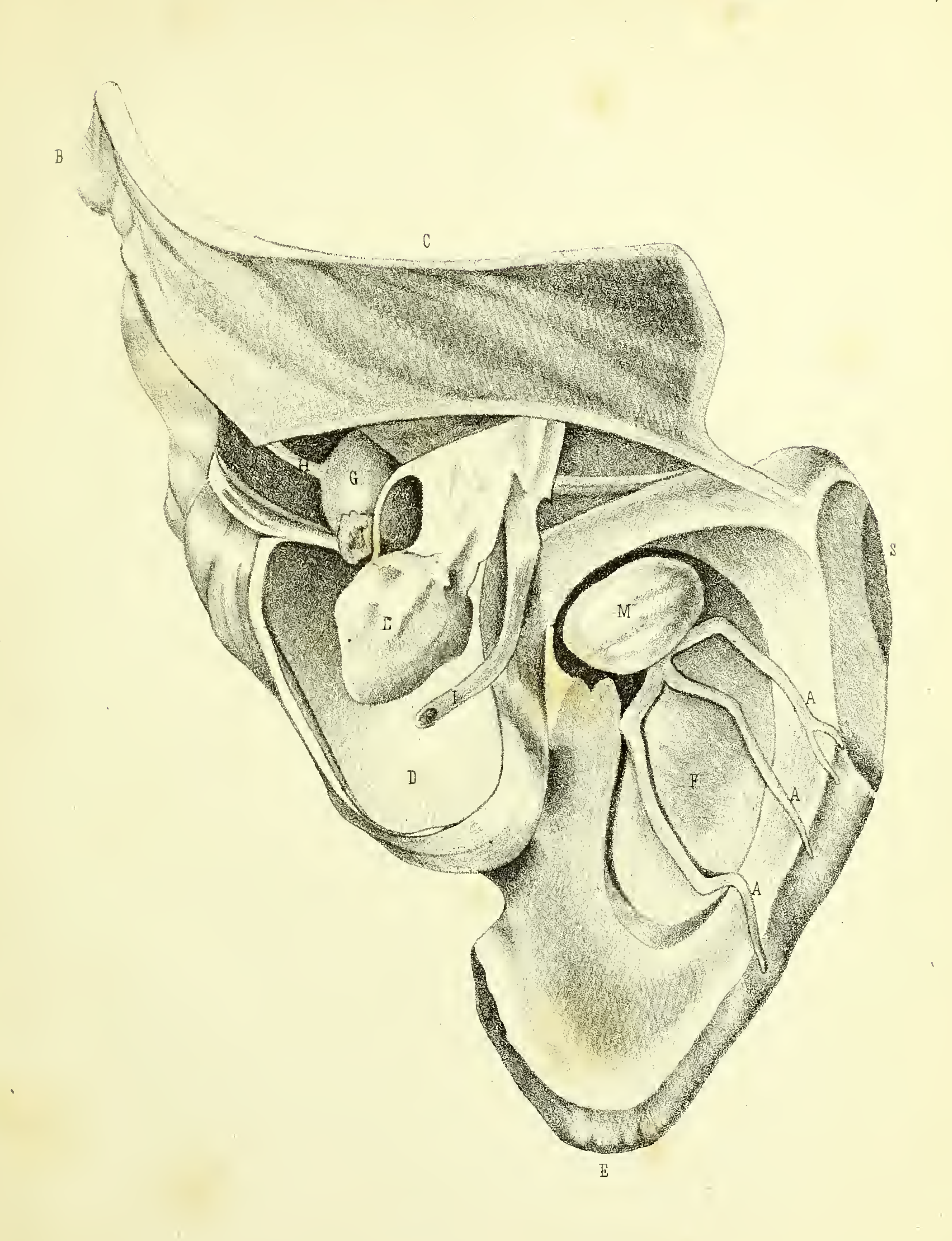
VINSON delineavit et lith: Imp: Lith. de CLOUET.

(Sous-Pubienne)




Fig: 1
S
D
F
A
I
C
L
E
M
O
K
Fig: 2.
E
P
C
D
A
O
B
Fig 3
A
C
D
E
O
Fig: 4
S
B
P
A
V
P


Fig: 1.
K
P
F
C
A
B
E
S
D
O
A
I
Fig: 2
P
S
B
D
E
C
A
O



A. VINSON auctor et lith.

Imp. lith. de CLOUET

